

長与町食事サービス事業利用申請書

年　月　日

長与町長 様

| | |
|-----|-----|
| 申請者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| 続 柄 | 電話 |

長与町食事サービス事業を利用したいので、以下の項目について承諾し、申請します。

- (1) 利用決定の可否にかかる所得調査を受けること。
- (2) 安否確認を含む食事サービスであるため、お弁当は手渡しで受け取ること。

| | | | | |
|--------------------|---|-------------|-----------------------|--|
| 利 用 者 | 氏 名 | | 電 話 | |
| | 住 所 | 長与町 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 世 帯 状 況 | (該当する数字に○を付けてください) 1. 一人暮らし 2. 高齢夫婦のみ 3. その他 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | | 続 柄 | |
| | 住 所 | | 電 話 | |
| 要介護認定 障 害 手 帳 | 1. なし | 要支援 1 ・ 2 | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| | 2. あり | 事業所・担当者 () | | |
| 既往疾患 通 院 等 | かかりつけ医 | | 主な疾患名 | |
| | 医師の指示等 | | | |
| 現 在 の 食 事 の 状 況 | | | | |
| 申 請 理 由 | | | | |
| 希 望 す る 配 食 事 業 所 | 配食事業所名 | | 弁当の種類 | |
| 配食希望日 週 1~3 回まで | (希望日に○を付けてください) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 | | | |