

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 2. あり	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 事業所・担当者 ()		
		() 手帳 () 級		
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			