

下妻市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ㊟

高齢者配食サービス事業利用申請書

配食サービス事業を利用したいので、下妻市高齢者配食サービス事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

申請者の状況	氏 名						性別	男・女
	住 所							
	生年月日	年 月 日 ( 歳)						
	世帯区分	1 一人暮らし 2 高齢者世帯 3 その他 ( )						
	アレルギー	無 ・ 有 ( )						
申請理由	1 加齢、傷病等により調理が困難なため。 2 栄養状態に不安があるため。 3 その他 ( )							
利用希望日		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	利用回数	
	昼食						週 回	
	夕食						(週5回限度)	
希望委託事業者								
緊急連絡先	氏名（ふりがな）	住 所			続柄	電話番号		
						固定		
						携帯		
備 考	※愛の定期便の利用状況 有 ・ 無							
民生委員等の意見	該当する要件にレ印を付してください。その他の場合は、理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 加齢、傷病等により調理が困難であると認められる。 <input type="checkbox"/> 低栄養状態にあると認められる。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ----- ----- ----- (職 名) (氏 名) <span style="float: right;">㊟</span>							