

食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

長沼町長 様

	住所 長沼町
申請者	ふりがな
氏名	印
	電話番号

次のとおり食の自立支援事業を利用したいので申請します。なお、本申請書の写し及び申請に係わる調査内容について長沼町および配食事業者に提供することを了承し、私の身体状況、介護保険状況について調査することを承知します。

ふりがな		生年月日	年	月	日	性別			
利用者氏名					()歳	男・女			
利用者住所 電話番号	長沼町 電話番号					家族構成図			
世帯の状況	単身・高齢者のみ(介護者の入院、介護者の病気)・その他()								
同居家族	氏名	続柄	生年月日	連絡先					
サービスを希望する理由									
緊急連絡先	氏名	住所	電話番号	対象者との関係					
現在利用しているサービス	あり [] なし								
備考	(食事内容についてのご希望をお書きください)								
希望内容	週	回	月	火	水	木	金	土	日
担当者	所 属					氏 名			
		TEL							