

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・中止)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							
世帯の状況	単身・高齢者世帯・その他()							
サービスを希望する理由								
適用日	年 月 日							
緊急連絡先	氏名	住所	電話番号		対象者との関係			
	①							
	②							
食事内容	普通・減塩			米飯・粥				
配食日	週回	月	火	水	木	金	土	日
配食提供事業所								
備考								