

## 島本町在宅給食サービス利用申請書

年 月 日

島本町長 様

フリガナ

申請者

氏 名

印

住 所

電 話

対象者との続柄（ ）

島本町在宅給食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

なお、この申請書に記載した内容について、島本町在宅給食サービスの委託事業者に提供することに同意します。

対象者	フリガナ		性 別		明治・大正・昭和・西暦
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	島本町			
	電 話	(自宅)	(携帯)		
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし年長者 <input type="checkbox"/> 年長者のみの世帯		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし重度障害者 <input type="checkbox"/> 重度障害者のみの世帯		
要介護認定等	<input type="checkbox"/> 要介護（5・4・3・2・1） 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		<input type="checkbox"/> 要支援（2・1）		
	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリストによる判定を実施した結果、事業の対象者と認められた者）				
障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1・2）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1）級				
希望回数・曜日	週 回（月・火・水・木・金）				
希望配食事業者					
希 望 す る 食 事 類 の 種 類	<input type="checkbox"/> 普通食		<input type="checkbox"/> 特別食（きざみ食）		
	<input type="checkbox"/> 特別食（やわらか食）		<input type="checkbox"/> 特別食（ムース食）		
	<input type="checkbox"/> 特別食（カロリー調整食）		<input type="checkbox"/> 特別食（減塩食）		
	<input type="checkbox"/> 特別食（たんぱく調整食）		<input type="checkbox"/> 特別食（透析食）		
	<input type="checkbox"/> 特別食（その他）				
利用者負担金の 支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 現金払 <input type="checkbox"/> 口座振替（利用者の口座から引落し） <input type="checkbox"/> 口座振込（利用者が金融機関等で振込み）				
特 記 事 項					

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

※【緊急連絡先等】を裏面にご記入ください。

(裏面)

【緊急連絡先等】

◆緊急連絡先（1～3は優先順）

1	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				
2	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				
3	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				

◆担当ケアマネジャー

フリガナ	
氏名	
所属事業所	
電話	