

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

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"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし重度障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <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） <input type="checkbox"/> 要支援（2・1） 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日） <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）					
特 記 事 項						

※【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	