

様式第1号 (第6条関係)

配食サービス利用申請書

和泊町長 伊地知 実利 殿

住所 和泊町
氏名 _____ 印

下記のとおり、配食サービスの利用を申請します。

1 本人の状況

申請年月日	平成 年 月 日	
被保険者番号		
フリガナ	生年月日	性別
被保険者氏名	明・大・昭 年 月 日	男・女
被保険者住所	〒891-91 和泊町 92-	
要介護認定	認定済 ・ 申請中	
要介護認定区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
利用希望日等	昼 (月・火・水・木・金・土) 夜 (月・火・水・木・金・土) ※希望に○をする。	

2 家族の状況 (同居家族及び子)

氏名	続柄	年齢	性別	同居・別居	住所	職業	電話番号

3 緊急時の連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号	勤務先	電話番号

4 希望する理由

5 食事の種類 (該当の番号に○をする)

- ① 普通食 ② きざみ食 ③ ミキサ一食 ()
担当介護支援専門員名 ()