

## 水巻町 配食サービス(一般食)利用申請書

令和 年 月 日

水巻町長様

申請者

住所

氏名

印

対象者との続柄 ( )

電話番号

—

下記のとおり配食サービス(一般食)を受けたいので申請します。

なお、配食サービス(一般食)を受けるため必要な情報を委託業者に提供することに同意します。

## 1. 対象者

氏名		性別	男・女	生年月日	年月日(歳)
住所	水巻町			電話番号	
障害者等 手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳
	番号	市・県		等級	級・判定
	障害名				交付年月日
サービス 開始の 時期	令和 年 月 日 から				
	<input type="checkbox"/> 週1回 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 )		<input type="checkbox"/> 週2回 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 )		
	<input type="checkbox"/> 週3回 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 )		<input type="checkbox"/> 週4回 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 )		
	<input type="checkbox"/> 週5回				
特記事項					

## 2. 世帯の状況

氏名	対象者との続柄	生年月日	備考