

水巻町 配食サービス(制限食)利用申請書

年 月 日

水 巻 町 長 様

申 請 者

住 所 水巻町

氏 名 印

対象者との続柄 ()

電話番号 ー

下記のとおり配食サービス(制限食)を受けたいので申請します。

なお、配食サービス(制限食)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	ー
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	平成 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