

配食サービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	氏 名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
	住 所				電話 番号	
	障 害 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障 害 の 種 別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病		
配食を希望する理由						
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 障害者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
配食希望回数	週 回 (日 月 火 水 木 金 土)					
緊急時	住 所				電話番号	
連絡先	氏 名				続 柄	
ケアプラン・介護予防プランの有無	有・無	作成者			事業所	
備 考						