

年 月 日

地域自立生活支援事業(配食サービス)利用申請書

(あて先)臼杵市長

申請者 住 所
氏 名 印
※自署又は記入押印
電話番号
配食を必要とする者との続柄()

下記のとおり地域自立生活支援事業(配食サービス)を申請します。

| | | | | |
|------------|-----------------------------|-----------|------|---------|
| 配食を希望する者 | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| | 住 所 | | 電話番号 | |
| | 身体状況 | | | |
| 不在の場合の協力者 | 氏名 | 住所 | 電話番号 | |
| | 1 | 臼杵市 大字 | | |
| | 2 | 臼杵市 大字 | | |
| 配食を必要とする理由 | | | | |
| 同居の家族状況 | 氏 名 | 続 柄 | 生年月日 | 備 考 |
| | | | | |
| | | | | |
| 配食希望回数 | A 週1回 B 週2回 C 週3回 | | | |
| 配食の曜日 | 月 火 水 木 金 土 | | | |