

様式第 1号

## 配食サービス利用申請書

平成 年 月 日

大野城市福祉事務所長 様

申請者 住所 大野城市

氏名 印

大野城市配食サービス事業実施要綱第 7条の規定に基づき、下記のとおり配食を申請します。

なお、配食決定後、配食に係わる個人情報をお大野城市社会福祉協議会及び大野城市在宅介護支援センターに提供されることを同意します。

記

希望者	住所	大野城市				電話			
	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 才 )			
世帯状況	高齢者世帯 ( 単身・夫婦・高齢者のみ・その他の者と同居 )				身体障害者世帯				
家族状況	氏名	年齢	続柄	職業など	氏名	年齢	続柄	職業など	
希望理由									
配食内容	開始	平成 年 月 日 ( )			1 昼食から		2 夕食から		
	終了	平成 年 月 日 ( )			1 昼食まで		2 夕食まで		
	回数	1 昼食のみ		2 夕食のみ		3 昼夜 2色		個数	人分 ( 食 )
緊急時 連絡先	住所				住所				
	氏名		TEL	-	氏名		TEL		
民生委員 意見	担当民生委員名 印								

配食先の見取図 (わかりやすく、簡単に目標物などを書いてください)

特記事項