

年 月 日

（あて先）高根沢町長

<申請者>

住所

氏名

高齢者配食サービス利用申請書

高齢者配食サービスの利用について、高根沢町高齢者配食サービス事業実施要綱第5条の規定により申請します。

1 利用を希望する者

番号	—
----	---

住所			
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者 <input type="checkbox"/> 65歳以上（独居又は高齢者世帯） <input type="checkbox"/> その他（ ）	電話番号	
申請理由	【詳細理由（必須）】※理由が適正でない場合、申請を却下する場合があります。		
開始希望日	年 月 日から		
緊急連絡先	氏名		利用者との関係
	電話番号		
介護等に携わる 事業所等	事業所等名		担当者名
	電話番号		

2 配食サービス利用内容等

(1) 利用回数 週 _____ 回

(2) 利用曜日 ※利用したい曜日に○を記入してください。

曜日	月	火	水	木	金
配食希望日					

(3) 事業所名 ※希望の事業所名を記入してください。

()

(4) 食物アレルギーの有無 ※○を記入してください。

有 () ・ 無