様式第１（第６条関係）

大口町配食サービス利用申請書

年 月 日

大口町長　　　　　　　　　　様

申請者 住 所 大口町

氏 名

電 話

次のとおり大口町配食サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |  |
| 対象区分 | １．身体障害者手帳１・２級　　　　　 ２．特定医療費受給者  ３．７０歳以上の単身高齢者  ４．７５歳以上の高齢者世帯に属する者  ５．要介護（２・３・４・５）の認定者　６．その他 | | | | | |
| 連絡先 | 氏 名 | 続柄 | 電 話 | | 住所(申請者と住所が違う場合)・勤務先 | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| 配食事業者 |  | | | | | |
| 備 考 | 配食日（日・月・火・水・木・金･土）  ご　飯（普通・お粥）  おかず（普通・荒きざみ食・極きざみ食）  調理方法（普通・減塩・低カロリー） | | | | | |
|
|  |  |  | | | | | |  |

※特定医療費受給者証（指定難病）をお持ちの方は、ご提示ください。