

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	性別	男・女
対象区分	1. 身体障害者手帳 1・2 級 2. 特定疾患医療給付受給者 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				
緊急 連絡先	氏名	続柄	電話	住所 (申請者と違う場合)・勤務先	
配食事業者					
備考	配 食 日 (昼・夜) (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)				

※ 特定疾患医療給付事業受給者票をお持ちの方は、ご提示ください。