

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(申請者と住所が違い場合)・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。