

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。