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。