

洲本市地域支援事業（配食サービス事業）利用申請書

年 月 日

洲本市長 様

住 所 _____

申請者

氏 名 _____ 印

電話番号 ()

下記のとおり、配食サービスを利用したいので申請します。

利用者	住所及び電話番号	() -					
	氏 名				性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)					
介護保険被保険者番号							
サービスを希望する理由							
利用希望曜日	昼 食 (日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土)						
身体の状況	寝たきり・認知症・虚弱・術後・その他 ()						
	介護保険認定	受けている ・ 受けていない					
		自立 ・ 要支援 ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
主 治 医	医院名				主治医氏名		
家族の状況 () 人	氏 名	年齢	続柄	職業及び住所等			
緊急時連絡先	住 所	電話番号 ()					
	氏 名				続 柄		
担当民生・児童委員	地 区						