

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	洲本市 ( ) -				
	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						
サービス希望する理由						
利用希望曜日		昼 食 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ) 夕 食 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 )				
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				