

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							
サービスを希望する理由							
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	
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					