

承認
否認

佐々町配食サービス利用申請書（新規・継続）

フリガナ					
利用者名			性別	男・女	町内会
生年月日	明・大・昭	年	月	日	介護認定状況
	なし・支援・1・2・3・4・5				
住 所	佐々町	免	番地	身障認定状況	なし・種 級
				電話番号	-
心身の状態 (健康状態等)					
配食希望曜日	(昼 ・ 夕) 毎日・日・月・火・水・木・金・土				
配食希望開始日	平成	年	月	日 ()	から 平成
	年 月 日まで				
日常生活状況	1 単身世帯 ・ 2 高齢者のみ世帯 ・ 3 その他				
家族の状況	氏	名	年齢	続柄	職業
申請理由等					
佐々町長 様 上記のとおり配食サービスを受けたいので、申請します。 平成 年 月 日 申 請 者 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____					

意見欄	本人・家庭の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員 ・ 在介センター ・ 健康相談センター ・ 福祉班 	
	配食の必要度合い (昼 ・ 夕) 毎日・日・月・火・水・木・金・土