

配食サービス利用申請書

社会福祉法人 田布施町社会福祉協議会
会長 大村 茂 二 様

申請者	ふりがな氏名		続柄		
	住所		自治会名		
	職業		電話番号		
対象者	ふりがな氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
	住所	田布施町	性別	男 ・ 女	
	電話番号		自治会名		
身体 の 状 態	介護度		視力	普通 新聞等が読めない 物が識別できない 全盲	
	言語	普通 すぐ言葉が出ない 全く話せない	歩行	可 杖使用 車椅子使用 介助が必要 歩けない	
	聴力	普通 会話が聞こえにくい 難聴 全く聞こえない	調理	鍋等をよく焦がす 火を消し忘れる 出来ない	
	自家用車	あり なし	障害	級 障害	
利用開始希望日	令和 年 月 日から	希望曜日(週2日まで) ※週2日以上希望の場合は提出時に申し出てください。 月 火 水 木 金 土 日			
配食サービスの申請理由(申請者が記入)		民生委員の意見書 担当民生児童委員 氏 名 ⑩			
緊急連絡先	氏名		続柄	☎番号	
お弁当の種類 ☑印をつけてください。	普通食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ277円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん385円
	幸たんぱく食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ316円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん424円
	健康ボリューム食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ380円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん488円
	カロリー・塩分調整食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円
	たんぱく・塩分調整食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円
	透析食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円
	やわらか食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円
	ムース食セット	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円
	消化にやさしい食	<input type="checkbox"/>	おかずのみ477円	<input type="checkbox"/>	おかずとごはん585円