

申請日
令和 年 月 日

年 月 日

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 金長 広典 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282円	<input type="checkbox"/> おかずとごはん362円			
	カロリー調整食	<input type="checkbox"/> おかずのみ557円	<input type="checkbox"/> おかずとごはん637円			
	低たんぱく食	<input type="checkbox"/> おかずのみ607円	<input type="checkbox"/> おかずとごはん687円			
	ムース食	<input type="checkbox"/> おかずのみ437円	<input type="checkbox"/> おかずとごはん517円			
	小町	<input type="checkbox"/> 227円				