

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

遠 野 市 長 様

申請者 住 所
 氏 名 印
 電話番号

遠野市「食」の自立支援（配食サービス）事業利用申請書

遠野市「食」の自立支援（配食サービス）事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用対象者	住 所						
	氏 名				電話番号		
	生年月日	年	月	日	満 歳	性 別	男 ・ 女
	介護認定				身体障害者手帳の有無	有 ・ 無	
申 請 理 由	1 疾病等により身体が不自由になり、食事の準備が困難なため 2 食事の世話をしてくれる家族がないため 3 医療機関等の指示により食事管理が必要であるため 4 その他（理由： _____）						
希 望 回 数	月 回（ _____ ）	利用開始希望日			年 月 日から		週 回（ _____ ）
世 帯 状 況	世 帯 員 の 氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日	職 業	備 考	
緊 急 連 絡 先	名 称 及 び 氏 名						
	電 話 番 号						
担 当 民 生 委 員 名	町（第 _____ 区）氏名						
備 考							