

配食サービス利用申請書

令和 年 月 日

三沢市社会福祉協議会 会長 殿

申請者

住 所

氏 名

電 話

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。

記

利 用 者	フリガナ					性 別
	氏 名					男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	年 齢
	住 所	三沢市				
	電 話					
配 食 を 必 要 と す る 理 由 (対 象 者 区 分)		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 事業対象者 ☐ その他※ (該当に✓) ※その他の理由:				
食事に 関 しての特記事項 (食事制限、アレルギー等)						
福 祉 サ ー ビ ス 利 用 状 況						
世 帯 員 及 び 近 親 者 の 状 況						
氏 名	続 柄	年 齢	職 業	住 所	連 絡 先 (電 話)	
かかりつけの病院					医師名	
既 往 歴	脳卒中・糖尿病・心臓病・骨粗しょう症・他 ()					
利用希望日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日			ご飯食・おかゆ食		
利 用 金 額	1食 500円					

上記の者について審査の結果(承認・却下)してよろしいか

起 案 令和 年 月 日	決 裁	局 長	次 長	課 長	職 員	担当者
決 裁 令和 年 月 日						
交 付 令和 年 月 日						

(却下の理由)