

配食サービス事業利用申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	利用者との関係（	）

配食サービス事業によるサービスを利用したいので申請します。

利 用 者	氏 名						
	住 所	日高町					
	生年月日	M・T・S	年 月 日	（ 歳）			
	家族状況	1 独 居 2 高齢者夫婦世帯 3 その他（ 人世帯）					
身 体 の 状 況	健 康 状 態	1 健 康 2 病 弱 3 通院中					
	既 住 症	病名（現在の状況）					
	治 療 中 の 疾 病	病 名	治 療 状 況	<table style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">通 院 週 回</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">投 薬</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">そ の 他</td></tr> </table>	通 院 週 回	投 薬	そ の 他
	通 院 週 回						
	投 薬						
そ の 他							
使用中の補装具	補装具の名称						
身体障害者手帳	種 級（障害名）						
緊 急 時 の 連 絡 先	第1連絡先	氏 名	（続柄）				
		住 所					
		電 話					
	第2連絡先	氏 名	（続柄）				
		住 所					
		電 話					
配 食 希 望 日	月 火 水 木 金 土 日 1日 食 週 日						
備 考							

上記、行政サービス等の手続に際し、日高町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例に基づき、当該条例の対象の有無を町担当課員が確認することを承諾します。

対 象 者 名 簿	記載無し	記載有り