

様式第1 (第5条関係)

## 宅配給食サービス利用申請書

年 月 日

知立市長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

利用者との続柄

次のとおり、配食サービスを利用したいので申請します。

利用者氏名		性別	男 ・ 女		
利用者住所	知立市				
電話番号	( ) -				
生年月日	年 月 日				
区 分	1 高齢者 ( 独居・高齢者世帯 ) 2 障害者 3 その他				
介護認定の有無	有 ( )・無	居宅介護支援 事業所等			
手帳の種類	身体・療育・精神	手帳番号		等級等	
配食サービスの 希望内容	開始日	年 月 日 ( ) から			
	曜日及び回数	月 火 水 木 金 土 日 ( ) 回			
	給食の種類	昼食 ・ 夕食			
		普通食 ・ 特別食 ( ) ・ 治療食 ( )			
給食業者名					
緊急連絡先	氏 名		電話		
	住 所			続柄	
事務 処理欄	知立市宅配給食サービス事業実施要綱 第2条第 号対象者		決定 区分		

※利用決定については、アセスメント（調査）を行い、利用調整を実施した後となります。

※治療食を希望される方は、栄養指導書の提出が必要です。