

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 本人

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					
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。

※医師や栄養士等が示す治療食が必要なことが分かる書類（栄養指導書）等の提出が必要です。

【届出人】※申請者と届出人が異なる場合は、記入が必要となります。

住所(又は事業所名)		氏名(担当者)	
申請者との続柄(関係)		連絡先(TEL)	