様式第1号(第6条関係)

**宇美町見守り配食サービス利用申請書**

　　　年　　　月　　　日

宇美町長 殿

（届　出　者）

住　所

氏　名　　　　　　 　　　 　 　（続柄　　　 　）

電話番号

　次のとおり、宇美町栄養改善配食サービス事業の利用を申請します。

また、この事業を利用するために、この申請書の記載内容等を、事業者に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | |  | | | | 性別 |  |
| 申請者氏名 |  | | | | | | |
| 申請象者住所 |  | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 世帯構成 | □ 単身世帯 　　　 □ 高齢者のみの世帯  □ 左記に準ずる世帯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | □ 身体障害者手帳　（ １級 ・ ２級 ）  □ 療育手帳　（　重度　）  □ 精神障害者保健福祉手帳　（ １級 ・ ２級 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 開始希望日 |  | | | | 希望事業者 | |  | | | | | | | | |
| 希 望 す る  曜日・時間帯 |  | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | | | 土 | | 日 | 合　計 | | |
| 昼 |  | |  |  |  |  | | |  | |  | 回/週 | | |
| 夕 |  | |  |  |  |  | | |  | |  |
| 食事の内容 | 普　通　食　・　治　療　食　・　き　ざ　み　食　等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の指示・  アレルギー等  注意事項 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先① | フリガナ | |  | | | | | | 続柄 | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 緊急連絡先② | フリガナ | |  | | | | | | 続柄 | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | 電話番号 | |  | | | | |