

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住所 恵庭市  
ふりがな  
氏名

印

電話番号 -

(利用者との関係: )

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会在宅高齢者等配食サービス利用申請書

次により、配食サービスの利用を申し込みます。

審査事項の 確認方法		<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票)を用意して添付する。			
		<input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、介護認定、障害種別等級の情報提供に同意する。			
申込理由		・食事の用意が困難なため ・その他( )			
利用者の 状況	ふりがな 氏名			性別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(満 歳)			
	住所	恵庭市		(電話番号 - )	
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他( )			
選択事業者		・コープさっぽろ ・配食のふれ愛 ・宅配クック123			
希望コース		<input type="checkbox"/> 週3日コース( ○月・水・金 ○火・木・土) <input type="checkbox"/> 毎日コース			
		<input type="checkbox"/> 普通食( ご飯あり おかずのみ ) <input type="checkbox"/> 特別食( , ご飯あり おかずのみ)			
サービス開始希望日		令和 年 月 日			
主たる介護者 又は緊急連絡先	氏名		年齢	歳	利用者との関係
	住所			電話番号	-

※下の欄は記入しないで下さい。

決 裁	局長	課長	主査	担当	スタッフ	審査の結果、サービス提供を決定 (却下)してよろしいか伺います。 令和 年 月 日