

(別記第1号様式)

門川町在宅高齢者等配食サービス利用申請書(特別食)

年 月 日

門川町長 様

申請者又は代理人

住所

氏名 _____ ⑩

配食サービスの利用を申請します。

ふりがな		性別	生 年 月 日		
氏 名		男 女	M・T・S 年 月 日		
住 所	電話番号				
対象項目	①要介護()者 ②事業対象者・要支援()者 ③単身高齢者等 ④障害者等				
希望事業者	宅配クック123				
希望食	【 弁当・おかずのみ 】 1 減塩食 2 健康ボリューム食 3 カロリー塩分調整食 4 たんぱく塩分調整食 5 透析食 6 消化にやさしい食 7 やわらか食 8 ムース食 9 幸たんぱく食				
支給開始日 配食曜日	年 月 日より予定 (昼・夕)(月・火・水・木・金・土・日) (食)				
申請理由 (医者等からの 必要性)					
緊急連絡先	氏 名	続柄	年齢	性別	緊急時の連絡先

調査内容

年 月 日

別紙、食の自立アセスメント票のとおりである。

事業所名 _____

電話番号 _____

担当者名 _____ ⑩