

第1号様式

配食サービス利用申請書

年 月 日

斑鳩町長 殿

申請者 住所  
氏名 印

下記の配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

利用対象者	住 所	斑鳩町		郵便番号	636-01
	ふりがな 氏 名			電話番号	0745
	生年月日	年 月 日			
配食サービス	回 数				備 考
	週 回 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 )				
希 望 す る 理 由	ひとり暮らし、虚弱、ねたきり、調理困難、外出困難等具体的に記入してください				
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	備 考	
緊急連絡先	住 所				
	氏 名		続柄		
	電話番号				

申請に関する情報を、サービス提供機関に提出することに同意します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については、斑鳩町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

利用者 住 所 斑鳩町  
氏 名 印  
電話番号 0745-

## 利用対象者の状況

心 身 の 状 況	視 力	普 通	弱 視	見えない
	聴 力	普 通	やや悪い	聴こえない
	言 語	普 通	やや不自由	喪 失
	意志疎通	普 通	やや悪い	大変悪い
	物忘れ	な し	時々ある	いつもある
	食 事	普通食	刻み食	特別食
	歩 行	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	外 出	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	買 物	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	調 理	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	掃 除	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	洗 濯	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	排 泄	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	入 浴	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	金銭管理	自分でできる	たまにできない	全くできない
火の管理	自分でできる	たまにできない	全くできない	
要介護状態	要支援（1・2）		要介護（1・2・3・4・5）	非該当
身体障害者手帳	種 級		障害名	
疾 病 の 状 況	既往症 かかりつけ病院			
緊 急 連 絡 先	住 所 氏 名 電話番号		続柄	
民生委員氏名				

上記の情報を、サービス提供機関に提出することに同意します。

住 所 斑鳩町

利用者 氏 名

印

電話番号 0745-