

高齢者配食サービス事業利用申請書（新規）

恩納村長
殿

申 請 者	住 所	丁 目 番 号 番 地		
	フリガナ氏名	印	対象者との続柄	
	電話番号	(自 宅) (勤務先)		

下記のとおり、サービス給付を申請します。その際、要件確認のため、必要に応じて介護保険、世帯や課税状況等の情報を市町村が調査することに同意します。なお、届出事項に変更があった場合はすみやかに申し出ます。

記

フリガナ対象者氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別					
対象者住所	沖縄県国頭郡恩納村字					電話番号					
家族構成	1 単身世帯 2 高齢者のみの世帯 3 その他 ()										
申請理由	1 高齢者要支援、要介護認定 (判定) 2 身体障害者手帳 (- - 級) 障害名 () 3 知的障害者(療育手帳 判定) 4 精神保健福祉手帳 (級) 5 その他 ()										
開始希望日			希望事業者								
昼 夕 曜 日		月	火	水	木	金	土	日	回数計		
	昼								昼	回	
	夕								夕	回	回/週
調理希望	普通食 ・ 治療食 ・ きざみ食										
食材等の注意点 (アレルギー等)											
緊急連絡先①	フリガナ氏名								続柄		
	住所								電話番号		
緊急連絡先②	フリガナ氏名								続柄		
	住所								電話番号		