

## 日出町地域ネットワーク（配食サービス）利用申請書（新規）

年 月 日

日出町長 様

申請者 住所  
氏名 印

日出町地域ネットワーク（配食サービス）事業実施要綱に基づき、配食サービスを利用したいので申請します。  
また、事業の実施に際し、下記申請内容を配食サービス事業者へ情報提供することに同意します。

申請者	(ふりがな) 氏名	男・女 歳 年 月 日生				
	住所	日出町		(電話)	行政区	
	身体 の 状 況					
同居 家族 の 状 況	氏名	続柄	生年月日	性別	職業	備考
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号	備考
配食を 希望す る理由						
希 望 す る 配 食 期 日	配食開始日	年 月 日		から		
	希望する日 (○で囲んでください)	月	火	水	木	金 土 ( 週 食 )
備 考						

※ 添付書類

居宅サービス計画書1票から3票まで又は介護予防サービス支援計画書  
(配食希望する本人が介護サービス受給中の場合)