

泉大津市高齢者等配食サービス利用申請書

泉大津市長 様

平成 年 月 日

住 所 泉大津市

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電 話 \_\_\_\_\_

対象者	氏 名 <small>ふりがな</small>		男 女
	住 所	泉大津市	
	生年月日	年 月 日生 ( 才)	
	電話番号	自宅	携帯
世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者 ( <input type="checkbox"/> 身体 級 / <input type="checkbox"/> 療育 / <input type="checkbox"/> 精神 級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
申請理由			
配食サービス 希望曜日及び回数	月 火 水 木 金 (週 回) (希望する曜日に○印で囲んでください。)		

同意書

上記のとおり、泉大津市高齢者等配食サービス実施要綱第6条の規定に基づき申請します。また、申請書及び配食サービスアセスメント票に記載の個人情報を配食事業者及び関係機関に情報提供することに同意します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

-----  
 以下は記入しないで下さい。

経由 機関	経由機関名	処理	年 月 日	業者依頼
			年 月 日	通知書送付
			年 月 日	配食開始