

様式第1号 (第5条関係)

高石市高齢者配食サービス事業利用申請書

平成 年 月 日

高石市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

高石市高齢者配食サービス事業の利用を申請いたします。

なお、配食サービス利用申請が却下等された場合、高石市立在宅介護支援センター職員が、面接の上、二次アセスメント調査を行うことを了承いたします。

利用者	住 所	高石市 丁目 番 号	性 別	男 ・ 女
	氏 名		電話番号	()
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年 齢	歳
緊急連絡先	住 所		電話番号	
	氏 名			
	関 係			
利用申請の理由				
実施希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (週 回)			
世帯構成	単身世帯・高齢者夫婦世帯・その他 ()			