

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

地域自立生活支援事業(配食サービス)利用申請書

(あて先)臼杵市長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号
配食を必要とする者との続柄()

下記のとおり地域自立生活支援事業(配食サービス)を申請します。

配食を希望する者	氏 名		生年月日	年 月 日 歳
	住 所		電話番号	
	身体状況			
不在の場合の協力者	氏名	住所	電話番号	
	1	臼杵市 大字		
	2	臼杵市 大字		
配食を必要とする理由				
同居の家族状況	氏 名	続 柄	生年月日	備 考
配食希望回数	A 週1回 B 週2回 C 週3回			
配食の曜日	月 火 水 木 金 土			