

様式第1号

松原市給食サービス申請書

令和 年 月 日

松原市長殿

申請者 住所
氏名
電話 ()

印

松原市給食サービスを受けたいので申請します。

(※私及び世帯、緊急連絡先の個人情報については、必要な場合に必要最小限の範囲において個人情報を使用することに同意します。)

本人	住所	松原市			電話		
					携帯		
	フリガナ				性別	男 ・ 女	
	氏名						
	生年月日	(M・T・S)	年	月	日	年齢	歳
	身体障害者手帳	有・無	第 号	種 級	障害名		
	介護認定	1. なし 2. 申請中 3. あり			非該当・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	療育手帳	有・無	大阪府第 号		程度		
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	手帳番号		程度		
	ケアマネ事業所	有()・無			電話担当者		
緊急	緊急連絡先氏名		関係		電話		
					携帯		
曜日	利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金					
世帯状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話	

申請について調査の結果、下記のとおり
申請決定・却下と決定してよろしいか。

課長	課長補佐	係長	係員

年 月 日

申請者	氏名				対象者の続柄	
	住所					
対象者	氏名			男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所					(歳)
配食希望曜日	月・火・水・木・金					週 回
対象者	次に掲げる者のうち食事の調理が困難な者 1. おおむね65歳以上の単身で生活する高齢者 2. おおむね65歳以上の高齢者のみの世帯の構成員 3. 単身で生活する重度障害者 4. 重度障害者のみの世帯の構成員 5. その他市長が前各号に準ずると認める者					
アセスメント実施	年 月 日					担当者
備考						

連絡日	年 月 日
決定通知送付日	年 月 日
番号	
配食開始日	年 月 日
配食曜日	月・火・水・木・金