

いちき串木野市訪問給食サービス事業利用申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所 いちき串木野市 番地  
 氏 名  
 生年月日 年 月 日 ( 歳)  
 公民館名 電話 ー

次のとおり訪問給食サービス事業を利用したいので申請します。  
 また、下記事項を訪問給食サービス提供事業者及び関係機関へ情報提供することに同意します。

1.開始希望年月日	年 月 日～ 昼食・夕食( 食分)
2.扶養義務者	氏名 (続柄) 住所 (電話) ー
3.希望する理由	
4.緊急時の連絡先	氏名 (続柄) 住所 (電話) ー 勤務先 (電話) ー
5.障害種別	身体・知的・精神・難病
6.障害の確認	障害：障害手帳・自立支援医療費受給者証(精神通院)・その他( ) 難病：特定疾患受給者証・診断書・その他( )
7.障 害 名 (難 病 名)	【障害等級 ー】

\*障害名(難病名)は身体障がい者と難病の方のみ記入すること。

民生委員等の意見	住所略図
職・氏名	
【備考】	