様式第１号（第４条関係）

平群町「食」の自立支援事業利用申請書

 年 月 日

 平 群 町 長 様

申請者 住 所

 氏 名

 連絡先

 対象者との続柄（ ）

 次のとおり「食」の自立支援事業（配食サービス）を利用したいので平群町地域支援事業実施要綱に基づき申請します。尚、サービス利用に際し不可抗力により生じた事故については、平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 | 平群町 | 郵便番号 | 〒６３６－ |
| ふりがな |  | 電話番号 | 　　 － |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明治大正 年 月 日昭和 | 年齢 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 要介護状態 |  |
| 世帯の状況 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 要介護状態 | 備 考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 緊急　連絡先 | 氏 名 | 続柄 | 住 所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 希望　する　曜 日 | 　月 火 水 木 金（希望する曜日を○で囲んでください。）※土曜日・日曜日・祝日並びに１２月３１日から翌年１月３日までは利用できませんのでご了承ください。 |
| 支援を必要とする理由（具体的に記入して下さい。） |
|  |
|  |