

根室市「食」の自立支援事業・配食サービス利用申請書

令和 年 月 日

根室市長 石垣 雅敏 様

住 所 根室市

氏 名

㊞

電話番号

次により、根室市「食」の自立支援事業・配食サービスの利用申請をします。

利用者	住所	根室市			
	氏名			性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)			
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	職業	備考
食事の調理が 困難な理由 (身体の状態)					
利用希望の曜日 (週5回以内)		月・火・水・木・金 ※土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始(12月29日～1月3日)は 除きます。			
身体 状況	既往症	病名：	発病年月	年 月	
	現在治療を 受けている 病名			1 注射している 2 投薬を受けている 3 週 回通院している	
緊急時の連絡先	住所				
	氏名			続柄	
	電話				
※ 添付書類 住宅付近見取図		確 認	・第3条第1号該当 ・第3条第2号該当	審査結果 登録番号	可・否