

障がい者配食サービス利用申請書

長井市長 宛

障がい者配食サービスを受けたいので次のとおり申請します。また、利用者の世帯に係る情報及び利用者の自立支援給付に係る情報を確認できる書類を閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者	氏名		利用者との関係	
	住所	電話番号		
	調理が困難な理由			

利用者	障がいの種類	身体 知的 精神	程度及び 手帳番号	A B 級 番号
	フリガナ		性	男 ・ 女
	氏名		生年 月 日	T S H R 年 月 日
	住所	長井市 電話番号		
	福祉サービスの有無	有 無	種類	

家族状況（利用者を除く）				
氏名	続柄	性別	生年 月 日	職 業
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	

配食サービス利用日（原則週2回です。）	サービス実施機関
月・火・水・木・金	まごころサービス長井