

年 月 日

まんのう町長 様

給食サービス事業申請書

まんのう町在宅高齢者介護予防・地域支え合い事業実施要綱に基づく給食サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	住 所	〒 ー		
		まんのう町		
	氏 名		性 別	男 女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号			

希 望 事 項	曜日・給食の内容・事業所に希望があればご記入ください。ただし、内容によりご希望に沿えないことがあります。
---------	--

不在時・緊急時 連絡先	住 所	〒 ー		
	氏 名		続 柄	
	電話番号			

証明者記入欄 ※民生委員もしくはケアマネジャーに証明を受けてください。

申請者（利用者）について、

- ☐ 65歳以上の高齢者のみで生活しており、食事の準備や買物・調理等が困難である
- ☐ 上記に準じる状態である（ ）

ことを確認しました。

年 月 日

証明者 氏 名 ⑩

民生委員（ 地区）

事業所（ ）

給食サービス申請者調査票

申請者基本情報	氏名		記入日	年　月　日
	介護認定	1. なし　2. 申請中　3. あり		
	同居者	1. なし　2. あり(配偶者・子・親・兄弟・親族・その他())		
	現在の疾患名	疾患名() (頃から)		
		疾患名() (頃から)		
		疾患名() (頃から)		
	服薬	1. なし　2. あり (朝・昼・夜)		
	食物アレルギー	1. なし　2. あり()		
	医師の指示			
身体機能	1. 支障なし　2. 支障あり()			
視力	1. 支障なし　2. 支障あり()			
聴力	1. 支障なし　2. 支障あり()			
苦手な食べもの				
その他気になること (伝えたいこと)				