

石狩市食の自立支援サービス申請書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住所
氏名

利用者との続柄
電話番号（ ） —

食の自立支援サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

利用者を代表する者	住所		電話番号	
	(ふりがな)氏名		生年月日	年 月 日
	手帳の有無	無 有（身障手帳（ 級）・療育手帳（ 判定）・精神手帳（ 級））		
	介護認定申請	無・申請中・非該当・要支援・要介護（ ）		
その他の利用者	(ふりがな)氏名	代表者との続柄	生年月日	手帳の有無 介護認定申請
				無・身障（ 級）・療育手帳（ 判定）・精神（ 級） 無・申請中・非該当・要支援・要介護（ ）
				無・身障（ 級）・療育手帳（ 判定）・精神（ 級） 無・申請中・非該当・要支援・要介護（ ）
				無・身障（ 級）・療育手帳（ 判定）・精神（ 級） 無・申請中・非該当・要支援・要介護（ ）
				無・身障（ 級）・療育手帳（ 判定）・精神（ 級） 無・申請中・非該当・要支援・要介護（ ）
配食を希望する曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 利用調整のみ希望			
緊急連絡先（申請者を除く。）	(ふりがな)氏名	代表者との続柄	住所	電話番号
				() —
				() —
摘要				