様式第１－１号（第７条関係）

年　　月　　日

# 高齢者配食サービス事業利用申請書

大里広域市町村圏組合　管理者　宛

申請者　　住所

氏名

利用者との続柄

電話番号

大里広域市町村圏組合高齢者配食サービス事業実施要綱第７条の規定により、下記のとおり配食サービスの利用を申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">利用者</td><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">電話番号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>性　別</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td><td>年　齢</td><td></td></tr>
<tr><td>利用の曜日</td><td colspan="5">月　　火　　水　　木　　金　　土<br>※希望の曜日を選んで○をつけてください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">疾病の状況</td><td colspan="5">有　（疾病名：　　通院・往診）・無</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医療機関</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
</table>

| | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 職　業 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 同居者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | 親族氏名 | 続柄 | 生年月日 | 住　所 | 電話番号 |
|---|---|---|---|---|---|
| 連絡先 | | | | | |
| | | | | | |