様式第１－１号（第７条関係）

申請日を御記入ください。

〇年　〇月　〇日

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

申請者を御記入ください。

申請者　住所　熊谷市宮町2丁目47番地1
氏名　熊谷　太郎
利用者との続柄　本人
電話番号　048―524―1111

事業を利用したい方の住所、電話番号、氏名、生年月日等を御記入ください。

配食サービスの利用を申請します。

介護保険被保険者番号を御記入ください。
※わからない場合は空欄で結構です。

利用者	住　所	熊谷市宮町2丁目47番地1	被保険者番号	
	ふりがな	くまがや　たろう	電話番号	524―1111
	氏　名	熊谷　太郎	性　別	男
	生年月日	昭和△△年　△月　△日	年　齢	□□歳
利用の曜日	（月）（火）水（木）（金）土 ※希望の曜日を選んで〇をつけてください。			
疾病の状況	（有）（疾病名：〇〇〇〇〇）（通院）・往診）・無			
	かかりつけ医療機関	△△病院	電話番号	048-×××-××××

配達を希望する曜日に〇をつけてください。
※週４日まで

同居者	氏　名	続柄	生年月日	職　業	備　考
	熊谷　花子	妻	昭和□年□月□日		

緊急連絡先となる方の必要事項を御記入ください。

連絡先	親族氏名	続柄	生年月日	住　所	電話番号
	熊谷　一郎	長男	昭和〇年〇月〇日	熊谷市△△□番地	048-×××-×××× 090-××××-××××