

添田町「食」の自立支援サービス利用申請書

年 月 日

添 田 町 長 殿

申請者 住所

氏名

印

(利用者との続柄)

(電話番号)

添田町「食」の自立支援事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

利 用 者	① 氏名	男・女	生年月日	昭・大・明	年	月	日生 (歳)	
	② 氏名	男・女	生年月日	昭・大・明	年	月	日生 (歳)	
	住所 添田町大字		行政区		電話番号			
利用対象者	1. 65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯であって自立支援の観点からサービスを利用することが適切である者。 2. 身体障害者であって、自立支援の観点からサービスを利用することが適切である者。 3. その他()							
介護保険要介護判定状況		要支援 1・2					要介護 1・2・3・4・5	
身体障害者手帳等級		(種 級)						
氏名		続柄	年齢	同居・別居	職業		備考	

通常弁当を受け取る場所		
留守の時に弁当を置く場所		
<p>現住所の略図</p>		
<p>民 生 委 員 書 意 見 書</p>	氏 名	印
	意 見	