第１号様式（第５条関係）

配食サービス助成申請書

年　　　月　　　日

いわき市　　　　　　　　　　地区保健福祉センター所長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

※太枠のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 区分(□に✓を入れる) | □　高齢者のみの世帯　　□　重度身体障がい者□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳番号 |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 障がい名 |  | 障害等級 | 級 |
| 日常生活の状況 |  |
| 申請の理由 |  |
| 利用希望登録事業者 |  |
| 利用開始希望年月日 | 年　　月　　日　から | 利用希望食数 | 週　　　　食 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 決裁欄 | 起案日 | 年　　月　　日 | 決裁日 | 年　　月　　日 |
| 決定可否 | □　決定□　一部調整して決定□　却下 | 決定区分 | □ 高齢者配食サービス□ 障がい者配食サービス |
| 所長 | 次長 | 係長 | 係　　員  | 起案者 | 公　印 |
|  |  |  |  |  |  |