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 |
|  |  |  |  | | | | |  | | |  |