

配食サービス利用申請書

令和 年 月 日

白石市長

住所 白石市□□□□
申請者氏名 宮城白子
(電話 □□-□□□□)

次のとおり配食サービスを利用したいので申請します。

| | | | | | |
|---------------|---|-------------------------|-------------|----------|-----------------------------------|
| 利用者希望者 | ふりがな 氏名 | しろいしはなこ 白石花子 | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 大・昭・平成・西暦 ○年 ○月 ○日 (○○) 歳 |
| | 住所 | 〒989-0276 白石市大手町1番1号 | 申請者との続柄 | | 母 |
| | 利用者区分 | 1. 高齢者 2. 障害者 3. その他 | | 障害区分 | ○○-○○○○ |
| 配食サービスを希望する理由 | 高齢で調理をするのが難しくなってきたから | | | | |
| 配食を希望する曜日 | 月 火 水 木 金 の夕食 (週5回) 希望する曜日を○でかこんでください。 | | | | |
| 特記事項 | | | | | |

緊急時連絡票

記入日 令和〇〇年 〇月 〇日

| | | | | | |
|----------|--------------------------------|---------|------|------|---------|
| 利用者氏名 | 白石 花子 | 性別 | 男・女 | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇 |
| 住所 | 白石市大手町1番1号 | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・西暦 〇〇年 〇月 〇日生 (〇〇)歳 | | | | |
| かかりつけの病院 | 病院名 | 〇〇病院 | | | |
| | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇 | 主治医名 | 〇〇先生 | |

緊急連絡先 1

| | | | |
|--------|---------|----------|---------------|
| ふりがな氏名 | 宮城 白子 | 利用者との続柄 | 長女 |
| 電話番号 | □□-□□□□ | 携帯電話 | □□□-□□□□-□□□□ |
| 住所 | 白石市□□□□ | | |
| 勤務先名 | □□会社 | 勤務先の電話番号 | □□-□□□□ |

緊急連絡先 2

| | | | |
|--------|---------|----------|---------------|
| ふりがな氏名 | 片倉 太郎 | 利用者との続柄 | 弟 |
| 電話番号 | △△-△△△△ | 携帯電話 | △△△-△△△△-△△△△ |
| 住所 | 白石市〇〇〇〇 | | |
| 勤務先名 | △△会社 | 勤務先の電話番号 | △△-△△△△ |

緊急連絡先は、利用者の方の緊急時に連絡をとりますので、自宅に連絡が取れない場合も考え、そのほかに必ず2カ所の記入をお願いいたします。