別記第1号様式

高齢者及び障害者配食サービス利用申請書

　　年　　月　　日

　　(あて先)成田市長

住所

申請者　氏名

電話番号　(　　)

　　　高齢者及び障害者配食サービスを受けたいので，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 配食希望年月日 | 　　　　年　　月　　日から |
| 配食希望回数 | 　週　　　回 |
| 配食希望曜日 | 月・火・水・木・金・土・日　　　　　　(希望する曜日に○印)　※希望曜日が祝日の場合に、配食が不要となる方はお知らせください。 |
| 世帯の状況 | 1　一人暮らし高齢者2　高齢者だけの世帯3　高齢者を含む世帯4　一人暮らし心身障害者5　心身障害者だけの世帯6　心身障害者を含む世帯7　その他の世帯(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

【市記載欄】※以下は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 祝日の希望 | あり　　・　　なし | ※配食を希望しない曜日の状況など・ホームヘルパー・デイサービス・その他 |
| 配達時の希望（事態調査票） | 聞き取り及び間取り等：要　 　・　 　不要 |
| 独居高齢者見守りサービスの利用 | あり　　・　　なし |