

高齢者等食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

網 走 市 長 様

事業の利用について、次のとおり申請します。

申請者 及 び 利用者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	網走市 (方書)		電 話 番 号	—
利用開始希望日 及び希望回数		年 月 日から 週 回 (月・火・水・木・金・土)			
特 記 事 項					
利用希望施設		宅配クック123 ・ コープさっぽろ			
緊急連絡先		住 所 氏 名 関係 () 電話			
留守の際の 配 達 場 所					
申 請 書 代理提出者		所属 氏名			

※ 上記太枠内及び申請者情報（裏面）を記入してください。
※ 利用者基本情報等を添付してください。

決 定 欄				
事業の利用について、下記のとおり決定することとしてよろしいか伺います。				
記				
1. 利用の要否 要 ・ 否 (理由 :)				
2. 利用開始日 年 月 日				
3. 利用日数 週 回 (月・火・水・木・金・土)				
4. 実施団体 宅配クック123 ・ コープさっぽろ				
備 考			利用者 番 号	

申請者情報

申請理由	
世帯構成	1 単身高齢者 2 高齢者夫婦 3 単身障がい者 4 その他（ ）
現在の食事支援	1 同居家族 2 親族・知人 3 支援なし
介護者の有無	1 あり （続柄： ） 2 なし
介護認定	1 なし 2 申請中 3 事業対象者 4 要支援（ ） 5 要介護（ ）
障害者手帳等	1 なし 2 あり（ 身障 級 ・ 精神 級 ・ 知的 A B ）
食物アレルギー	1 なし 2 あり（アレルゲン： ）
治療食・配慮食	1 なし
	2 あり 疾病名：（ ） 指示内容：（ ）
特記事項	