

給食サービス利用申請書

担当民生委員 地区 氏名

申請日	令和 年 月 日	
申請者	住 所	白子町
	氏 名	
	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
	電話番号	
申請者の状況 (該当する □に✓)	家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ひとり暮らしではない
	家族・友人 等との往来	<input type="checkbox"/> 週に1度より少ない <input type="checkbox"/> 週に1度程度 <input type="checkbox"/> 週に1度より多い
	介護保険 サービスの 利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している
	食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
利 用 希望月	令和 年 月から	