

福祉食事サービス事業申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

大任町社会福祉協議会会長

様

申請者 住所

氏名

㊟

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

住 所	田川郡大任町大字 大行事 今任原				
氏 名			電話番号	—	
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日		年 齡	
家 族 状 況	氏 名		年 齡	続 柄	職 業
介護認定		有 ・ 無		要支援	1 2
				要介護	1 2 3 4 5
手帳種類				等級	

添付書類

- ・介護保険証及び利用表
- ・身体障害者手帳

同意事項

2ヶ月以上入院した場合は、サービス利用解除することに同意します。