

配食サービス利用申請書

年 月 日

喜多方市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

下記のとおり、配食サービスを利用したいので申請します。

利用 者	氏名			男 ・ 女	生年 月日	年 月 日		
	住所							
家 族 状 況 (連 絡 先)	氏名	続柄		住所			電話番号	
申請理由								
配食の区分		☐ 普通食 ☐ 栄養改善食						
利用希望曜日	月	火	水	木	金	土	日	計
								日
希望業者名				希望開始日		年 月 日から		

※栄養改善食の場合は、決定までに2週間程度要します。

栄養改善食希望の方のみ記入

栄養改善食 の種類	① カロリー・塩分調整食 ② タンパク・塩分調整食 ③ 透析食 ④ やわらか食 ⑤ ムース食
確認事項 ☐ 有(右記へ) ☐ 無	※医師から食事制限等の指示を受けている場合のみ記入 医療機関名 _____ 主治医名 _____ 制限を受けている理由 ()

高齢福祉課記入欄

【区分】

☐ 要介護☐ 要支援・事業対象者☐ 一般