様式第１号（第５条関係）

天理市高齢者｢食｣の自立支援事業利用申請書

年　　月　　日

　天理市長　様

申請者　住　所

氏　名

連絡先

次のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 連絡先 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 住所 |  | 連絡先 |  |
| 世帯の状況 | ア.単身世帯　 イ.高齢者のみの世帯 ウ.その他(　　　　　　　) |
| 希望事業者 |  |
| 利用希望の曜日等（希望の曜日に〇を記載） | 月　・　火　・　水　・　木　・　金(週　　回) |
| その他(食事の内容の希望等) | □特になし　□お粥　□きざみ食　□減塩食　□糖尿病対応食□その他※希望事業所により対応できないものもあります。 |
| 普段の食事回数・内容 | （例；本人がつくる、家族がつくる、ヘルパー、外食、出前、弁当を買う等） |
|  | 朝　食 | 昼　食 | 夕　食 |
| 月 |  |  |  |
| 火 |  |  |  |
| 水 |  |  |  |
| 木 |  |  |  |
| 金 |  |  |  |
| 土 |  |  |  |
| 日 |  |  |  |
| 申請理由(相談員意見) | □買い物や調理ができず食事の確保が困難□栄養改善が必要□その他 |
| 相談員名 |  |