

生活支援型食事サービス事業利用申請書(新規・更新・食数変更)

申請日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

大阪市長 様

生活支援型食事サービスの利用を希望しますので申請します。

また、利用決定に係る審査にあたり、世帯状況及び同居者の心身の状況の確認並びに配食事業者へサービス等利用計画等を提供するなど、安否確認サービスの利用調整が行われることに同意します。

申請者 (利用者)	フリガナ	オオサカ ハナコ		生年月日	昭和 △ 年 △ 月 △ 日 ( △ 歳)
	氏名	大阪 花子			
	住所	北区中之島 1-3-20 電話番号( 06 - 1234 - **** )			
障がい者手帳 種類・等級	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B1) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳(1級・2級)				
手帳番号					
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		
	大阪 一郎	父	住之江区南港北2-1-10 電話番号( 06 - 9876 - **** )		
	梅田 京子	姉	阿倍野区阿倍野筋1-5-1 電話番号( 06 - 9876 - **** )		

届出者	フリガナ	オオサカ イチロウ	申請者との関係
	氏名	大阪 一郎	父
	住所	住之江区南港北2-1-10 電話番号( 06 - 9876 - **** )	

添付資料

- アセスメント票【必須】
- 【障がい福祉サービスの提供を受けている場合は、以下のいずれかを添付】
- サービス等利用計画(サービス等利用計画(I)、サービス等利用計画(II))【週間計画表】
- セルフプラン(サービス等利用計画(セルフプラン)、週間計画表)
- その他( )

[配食事業者記入欄]

必要食数	週 9 食								
		日	月	火	水	木	金	土	生活支援型食事サービスが必要な曜日の昼食・夕食にチェック
	昼	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	
夕	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		