

## 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			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名				
	住所	電話番号( )			
障がい者手帳 種類・等級	<input 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		
			電話番号( )		
			電話番号( )		

届出者	フリガナ			申請者との関係
	氏名			
	住所	電話番号( )		

## 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 食							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	
		日	月	火	水	木	金		土
	昼								
	夕								