

心身障害者配食サービス利用申請書

渋谷区長 殿

申請者住所 渋谷区
氏名 _____
電話番号 _____

次のとおり、配食サービスの利用を申請いたします。
また、本書の記載事項を配食事業受託業者に通知することに同意します。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
身体障害者手帳	種 級	障 害 名	(視・聴・言・肢・内・知)
愛の手帳	度		
配食を希望する理由			
希望配食会社	<input type="radio"/> (社福) パール <input type="radio"/> けんたくん渋谷店 <input type="radio"/> (社福) 奉優会		
配食開始希望日	年 月 日		
配食回数・希望の曜日	昼 回 (日・月・火・水・木・金・土) 夜 回 (日・月・火・水・木・金・土)		
訪問時の注意事項			
連絡及び特記事項			
緊急時の連絡先	① 氏名 _____ 関係 電話 () ② 氏名 _____ 関係 電話 ()		
生保受給の有無	有 ・ 無		
備考欄	補助金 (200円)		