

令和 年 月 日 申請

給食サービス利用申請書

社会福祉法人 佐呂間町社会福祉協議会
会長 宮崎 祥 様

1. 利用申込者 お名前 ㊦
記入欄

生年月日 年 月 日

住 所 佐呂間町字

電話番号

代理記名者(職氏名・続柄)

2. 介 護 度 当てはまるものにマル「○」を付けてください
未申請 / 非該当 / 事業対象者 / 要支援 1・2
要介護 1・2・3・4・5 / 障害支援区分 1・2・3・4・5

3. 記 載 欄
※必要事項をご記入下さい

職 名

4. ・介護保険証の介護度が記載されているページの複写(コピー)を添付してください。
・障害支援区分認定通知書の障害区分が記載されているページの複写(コピー)を添付してください。

申請先 佐呂間町社会福祉協議会 (電話 2-3732)