様式第1号(第3条関係)

食の自立支援助成費支給認定申請書

年　　月　　日

　対馬市長　様

住所

氏名

　対馬市食の自立支援助成費支給要綱による認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 性別 |  | 生年  月日 | 年　月　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 対馬市 | | | | | 世帯主 |  | 電話  番号 |  |
| 緊急  連絡先 | | 氏名 |  | | | 続柄 |  | 電話  番号 |  |
| 日常生活動作の状態 | | 歩行 |  | | | 排泄 |  | 食事 |  |
| 入浴 |  | | | 着脱 |  | 感染症  疾　患 |  |
| 利用希望回数  (希望するサービス回数に○を記入してください。) | | | 週　　　　1　　　　2　　　　3　　　　4 | | | | | | |
| 利用希望日 | | | 月　　　火　　　水　　　木　　　金　　　土　　　日 | | | | | | |
| 申請理由  (具体的にお書き下さい。) | | |  | | | | | | |
| 利用希望事業所 | | |  | | | | | | |