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 | 　 |