

様式第1号（第4条関係）

大熊町在宅福祉サービス事業利用申請書

年 月 日

大熊町長 様

住 所
(避難先住所)

申請者 氏 名
(電話番号 利用者との続柄)

*該当する箇所に記入および○をつけてください。

利用者氏名		明大昭平 年 月 日 (歳)	男・女
住 所	大熊町	電話番号	
	避難先		
対 象 区 分	要介護 2 3 4 5、 身体障害者手帳 級、 療育手帳A		

サービス事業名	申込	サ ー ビ ス 内 容
外出支援サービス		希望医療機関名 病院・医院・診療所 ・クリニック 利用希望日： _____年__月__日から 利用回数： _____回 (月2回まで)
配食サービス		利用希望日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 週_____食 (1日1食(昼食))