

年 月 日

大分市障害者食の自立支援事業利用申請書

大分市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

（配食を必要とする者との続柄）

次のとおり利用申請します。

配食 を受 けよ うと する 者	氏名	生年月日		年 月 日 歳							
	住所	電話									
	身体 状況 等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 肢体 視覚 内部 その他（ ） 1級 2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A1 A2 B1 B2 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉保健手帳 1級 2級 3級 （ ）									
不在の場合の連絡先											
配食を必要とする理由											
同居の 家族状況		氏名	続柄	生年月日	性別	職業	備考				
希望の配食 <small>（週6回を限度として〇を記入してください。）</small>		回数	時間帯/曜日	月	火	水	木	金	土	日	
		週回	昼								/
			夕								
配食開始 希望日		配食希望 業者名									