

第1号様式（第6条関係）

配食サービス利用申請書

年 月 日

箱根町長 様

配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	印		
介護保険 被保険者番号			
性別	男・女	生年月日	(年 月 日 歳)
住所	箱根町 電話番号: ()		
対象区分	単身世帯 高齢者のみの世帯 その他		
希望理由等	(1) 配食希望理由 (2) 配食希望曜日(○をつける) 月曜日 ・ 水曜日 ・ 金曜日 (3) 緊急時連絡先(氏名・電話番号等)		