

年 月 日

南国市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
本人との関係

印

南国市在宅高齢者配食サービス事業再開申請書

年 月 日付け 第 号で休止の決定のありました南国市在宅高齢者配食サービス事業については、下記のとおり再開したいので申請します。

記

1 再開の理由

--

2 再開時の状況

利用者	被保険者 番 号		要介護 度等	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 総合事業対象者 無		
	氏 名		男・女	年 月 日生（ 歳）		
	住 所	南国市		電話		
家族等	区 分	1. 単身世帯 2. 高齢者世帯 3. その他（ ）				
	氏 名	続 柄	性 別	年 齢	住所（別居の場合のみ記載）	
サービス内容	利用希望日	昼	月・火・水・木・金・土・日			
		夕	月・火・水・木・金・土・日			
	配食事業所				合計（ ）食	
	再開希望日					
	備 考	（おかずのみの希望などあれば記入）				
担当者等	事業所名			担当者名		