

様式第1号（第6条関係）

大紀町高齢者ランチクラブ事業等利用申請書

大紀町長 様

令和 年 月 日

私は、大紀町高齢者ランチクラブ事業等の利用を希望します。

ふりがな 氏名		男・女	(生年月日) 歳 年 月 日生
住所	大紀町		
世帯主氏名		電話	( )
介護サービスの有無	有・無	施設名 ( )	利用内容 (デイサービス・短期入所・ヘルパー)
健康状態	ア.特に病気は無く健康である。 イ.時々通院または投薬治療を受けている。 (病院名: )		
身体状況	不自由なところに○印又は記入をお願いします。		
	右(手・腕・足・膝・耳・眼・その他 )		
	左(手・腕・足・膝・耳・眼・その他 )		
地域サロン	参加	不参加	
特記事項			
備考			

注：本事業の利用は食材費等にかかる負担が必要となります。