

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

燕市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
電話 ー

在宅老人配食サービス事業利用申込書

次のとおり、在宅老人配食サービス事業を受けたいので申し込みます。

フリガナ		生 年 日	年 月 日 (歳)		
氏 名		月 日			
性 別	男・女	電 話	() ー		
住 所	〒 燕市		町内名		
週当たりの 利用希望	<input type="checkbox"/> 1回〔毎週__曜日〕 <input type="checkbox"/> 2回〔毎週__曜日、__曜日〕				
開始希望日	年 月 日 () から				
申請理由	(見守りの必要性を具体的に記入してください。)				
世帯 構 成 員 氏 名	フリガナ 氏 名	生年月日	年 齡	続柄	介護認定、障害の程度等
		年 月 日		本人	<input type="checkbox"/> 要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級 <input type="checkbox"/> その他()
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級 <input type="checkbox"/> その他()
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級 <input type="checkbox"/> その他()
(裏面も記入してください。)					

緊急連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒 電話番号 (- -) 日中の連絡先(- -)		
希望事業所				
担当民生委員 (必ず確認印をもらってください。)	住所	燕市		
	氏名	印		
	電話番号			
備考				

(申請者の1週間の行動を記入してください。)

	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼							
夕							

(記入例)

	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼		デイサービス		デイサービス	外出		
夕			配食		配食		

(地域包括支援センター、または、ケアマネジャーが記入してください。)

申請代行者	本人との関係若しくは所属機関名称又は職名	
	代行者氏名	
	電話番号	