

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 — —

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	年 月 日	
氏名			月日	(歳)	
性別	男・女	電話	— —		
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〕 <u>昼食</u> ・ <u>夕食</u> <input type="checkbox"/> 2回〔毎週 ___曜日、 ___曜日〕 <u>昼食</u> ・ <u>夕食</u>				
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	生年月日	年齢	続柄	介護認定、障害の程度等
	氏名	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 ___級 <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 ___級 <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 ___級 <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				
備考				

(利用者の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		

必ず確認し、✓をしてください。

<input type="checkbox"/>	必要に応じて、地域包括支援センターや民生委員等に情報提供することに同意します。
--------------------------	---

(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及び職名	
	代行者氏名	
	電話番号	— —