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。

（裏面も記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 | 電話 | ― 　　― |
| 住所 | 〒燕市 | 町内名 |  |
| 週当たりの利用希望 | □1回〔毎週　　曜日〕　　　昼食　・　夕食 |
| □2回〔毎週　　曜日、　　曜日〕　　昼食　・　夕食 |
| 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 | □要支援1・2、要介護1・2・3・4・5　□身体障害者手帳　級□療育手帳　　□精神障害者保健福祉手帳　　級□その他(　　　　　　　　　　　) |
|  |
|  | 年　月　日 | 　 |  | □要支援1・2、要介護1・2・3・4・5　□身体障害者手帳　級□療育手帳　　□精神障害者保健福祉手帳　　級□その他(　　　　　　　　　　　) |
|  |
|  | 年　月　日 | 　 |  | □要支援1・2、要介護1・2・3・4・5　□身体障害者手帳　級□療育手帳　　□精神障害者保健福祉手帳　　級□その他(　　　　　　　　　　　) |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 | 　　　　　　―　　　　　　― |