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 | ―　　　　　　― |