

配食サービス利用申請書

志免町長 様

下記のとおり、サービスの利用を申請します。また、届出事項に変更があった場合はすみやかに申出ます。

申請日：令和 年 月 日

届出者：氏名 _____ (続柄： _____)
(窓口に来た人) (連絡先Tel： - -)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	
氏名					(歳)

住所	志免町	電話	
----	-----	----	--

世帯状況 1人暮らし 高齢者のみ その他 (_____)

サービス希望理由		介護保険	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 年 月 日 ~ 年 月 日
			居宅介護 支援事業者	
		障害	手帳	級

サービス希望内容	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
	補助曜日		月	火	水	木	金	土	日	回数計	
		昼								昼	回
		夜								夜	回
食材等の注意点 アレルギー等											
配達時の 注意点等	その他										
<small>下記の期間は事業者によって対応が異なります。 別紙事業者リストをご確認ください。</small> <ul style="list-style-type: none"> ・月定休日 <input type="checkbox"/> 希望 ・夏季休み(お盆) <input type="checkbox"/> 希望 ・年末年始 <input type="checkbox"/> 希望 											

緊急連絡先	1	フリガナ		TEL	続柄	
		氏名			自宅	
		住所			携帯	
	2	フリガナ		TEL	続柄	
		氏名			自宅	
		住所			携帯	

希望事業者	<input type="checkbox"/> 菜の花宅配サービス <input type="checkbox"/> 緑の里 <input type="checkbox"/> ワタミ <input type="checkbox"/> 宅食ライフ	受付印
-------	--	-----

<input type="checkbox"/> 事業者通知 <input type="checkbox"/> 台帳入力 <input type="checkbox"/> 高齢者管理台帳入力	調査依頼日 / _____ 補助回数 要支援1・2 3回 90歳以上 7回 要介護1 4回 認知症BII以上 7回 要介護2 5回 要介護3 7回
---	--