様式第２号(第９条関係)

見守り配食サービス利用申請書

年　　月　　日

　(宛先)南砺市長

　次のとおり見守り配食事業を利用したいので、申請します。

また、見守り配食サービス事業に関する資格及び決定について、関係機関へ照会し、個人情報の調査及び見守り配食サービス事業の利用決定を受けた場合は、市から利用を希望する事業受託者へ下記の情報を提供し、事業受託者から不在時や異常時に緊急連絡先への連絡することに同意いたします。

　＊利用を希望される方の氏名等を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　- | 電話番号 | 　　　　　- |
| 世帯区分 | □　65歳以上ひとり暮らし□　65歳以上のみ世帯□　その他の世帯( ) | 介護認定 | □　認定申請中□　認定（事業対象者、要支援1・2要介護 1・2・3・4・5） |
| 緊急連 絡 先（利用者不在時の連絡先１名は必ず記入） |  | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 電話（自宅） | -　　- |
| 住所 | 〒　　- | 電話（携帯） | -　　- |
|  | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 電話（自宅） | 　-　　- |
| 住所 | 〒　　- | 電話（携帯） | 　-　　- |
| 利用を希望する理由 |  |
| 希望配食事業所 |  | 利用食 | 普通食　　　　　・　カロリー調整食たんぱく調整食　・　ムース食その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 希 望 曜 日 | 月・火・水・木・金・土・日（昼食・夕食） 　 事業対象者、要支援1･2　3回まで/週\*利用を希望する曜日に〇を付けてください。　 要介護1～5　　　　　　 5回まで/週 |
| 配食事業所への連絡事項 | （配食又は対面時に注意して欲しい事等） |

※本人が記入できないため、(続柄　　　　の)　　　　　　　　　　が代筆します。

|  |
| --- |
| ＊決定通知等は原則、申請者宛に送付します。申請者以外に書類の送付を希望される場合は記入してください。 |
| 氏　　名 | 続柄 | 住　　所 | 電話番号 |
|  |  | 〒 |  |