様式第６号(第10条、第11条関係)

南砺市見守り配食事業利用　変更・休止・中止申請書

年　　月　　日

　(宛先)南砺市長

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係

　次のとおり見守り配食事業を利用　変更・休止・中止したいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　- | 電話番号 | 　　　　　― |
| **変更内容　※変更事項のみ記入してください。** |
| 利用者住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急時の連絡先 | 氏　名 | 続柄（　　　　　） | 電話番号（自宅） |  |
| 住　所 | 〒　　- | 電話番号（携帯） |  |
| 変更項目 | 配食事業所 | ＜変更前＞ | ＜変更後＞ |
| 曜　日 | ＜変更前＞月・火・水・木・金・土・日（昼食・夕食）※利用を希望する曜日に〇を付けてください。事業対象者・要支援１・２　週３回要介護１以上　週５回が限度です。 | ＜変更後＞月・火・水・木・金・土・日（昼食・夕食）※利用を希望する曜日に〇を付けてください。事業対象者・要支援１・２　週３回要介護１以上　週５回が限度です。 |
| 介護支援専門員 | 事業所 |  | 氏名 |  |
| **休止・中止内容　※該当の休止・廃止理由を〇で囲んでください。** |
| 中止理由 | 1　死亡　2　転出　3　入院・介護保険施設等入所　4　その他（　　　　　　　　　　） |
| 休止理由（１か月を超えるもの） | 1　入院・介護保険施設等入所　2　その他（　　　　　　　　　　）休止期間　（　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日　） |
|  |  |
| 変更・中止年月日 | 　　　　年　　　月　　　日～ |

※曜日、回数を変更される場合は、アセスメント票の添付をお願いします。