

富田林市配食サービス事業申請書

年 月 日

富田林市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

対象者との関係

次のとおり、配食サービス事業を利用したいので申し込みます。

また、サービスの利用にあたり、市が必要と認める関係機関（配食業者、地域包括支援センター、在宅介護支援センター等）への個人情報の提供や調査に協力することに同意します。

| | | | | | | | | |
|-------|------------|---|-------|--|---|----|----|----|
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | | | |
| | 住所 | 〒584- 富田林市 | | | | | | |
| | 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 調理が困難なため <input type="checkbox"/> バランスのとれた食事がとれないため <input type="checkbox"/> 見守りが必要なため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () | 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 居宅介護支援事業所名 | 担当ケアマネジャー | | 電話番号 | | | | |
| | 利用希望日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 | | | | | | |
| 同居の家族 | ① | 氏名 | 年齢 | 続柄 | ② | 氏名 | 年齢 | 続柄 |
| | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 | | | | |

確認事項 確認をして☑を記入してください（代行申請の場合も必ず対象者に確認してください）。

次の内容を確認の上、申請します。

- 安否確認を目的としているため、お弁当は必ず手渡しとなります。
- 配達時間は指定できません。
- お弁当をキャンセルする場合は、必ず事前に配食業者へご連絡ください。
- お弁当配達時に不在の場合、緊急連絡先に連絡することがあります。

代行申請者名