

様式第 1 号(第 6 条関係)

高齢者等見守り配食サービス事業利用申請書

年 月 日

かつらぎ町長 様

申請者 住 所
氏 名
利用者との関係
電話番号



かつらぎ町高齢者等見守り配食サービス事業の利用について下記のとおり申請します。

利用 対 象 者	住 所	かつらぎ町大字				
	ふりがな		性 別	電 話 番 号		
	氏 名		男 ・ 女			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳		
状 態	介護保険認定：未申請・申請中・自立・事業対象者・要支援()・要介護() (該当するところに○をしてください。)					
	その他の傷病等(具体的に)					
緊 急 時 連 絡 先	氏 名	電話番号		備 考		
				①優先順位 [続柄]		
				②優先順位 [続柄]		
				担当ケアマネージャー		
同 居 の 家 族	氏 名	続柄	性別	年齢	食事制限等の有無	
					・医師からの食事制限等の指示 有 ・ 無	
					・食事制限等の指示内容 (理由及び注意事項)	
申 請 理 由					・担当医師の氏名 (電話番号)	
希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕					
配食に関して希望することがあれば記入してください。						※ 配食事業者名

※ 欄は記入しないでください。