様式第１号（第４条関係）

高齢者配食サービス利用申請書

令和　　年　　月　　日

伊達市長

申請者と異なる場合、氏名記入
申請者と同じ場合チェック

申請者と異なる場合、住所記入
申請者と同じ場合チェック

所　　伊達市保原町字舟橋１８０
申請　　名　　伊　達　太　郎　　印
電話番号　　０２４－５７５－１２９９
対象者との続柄　　本　人

記載のとおりなので、伊達市高齢者配食サービス事業実施要綱第４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	氏　名	□申請者に同じ	男・女	生年月日	S 10年10月10日
	住　所	郵便番号　９６０　－　０６６３ □申請者に同じ　　電話番号			
	区　分	□一人暮らし高齢者　□高齢者のみの世帯 □日中一人暮らし高齢者			
	日常生活の状況	□自立　□要支援＿　□要介護＿　□その他（　　） ↓　↓ （ケアプラン作成事業所名　　）			
	障がい名		障がい等級	級	
	身体障害者手帳番号	第　　号	交付年月日	年　月　日	
申請の理由		□高齢者世帯のため　□調理が困難なため　□その他（　　）			
利用開始年月日		年　　月　　日から			
利用曜日		□月　□火　□水　□木　□金　□土			

いずれかに必ずチェックあり

いずれかに必ずチェックあり

いずれかに必ずチェックあり

いずれかに必ずチェックあり

同居家族がある場合、必ず記入

世帯の状況（対象者以外の方）	氏　名	続柄	年齢	職　業
	伊達　花子	妻	○○	無職

１名は必ず記入（親族、友人、近所の方など）
同居家族の場合、自宅以外の電話番号で
（携帯番号、職場等の電話番号）

緊急時連絡先	氏名	伊達　一郎	間柄	子	連絡先	024-575-7199

※□のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。
※記載された個人情報を本事業以外の目的に使用することはありません。