様式第１号（第４条関係）

高齢者配食サービス利用申請書

　　　年　　　月　　　日

　　　伊達市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　配食サービスを利用したいので、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 | | | 年　　月　　日 |
| 住所 | | | 郵便番号　　　　　－  □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  　□日中高齢者のみの世帯 | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| （対象者以外の方）世帯の状況 | 氏　　　　　名 | | | | 続柄 | | | 年齢 | | 職　　　業 | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | |
| 親族  （連絡可能な方） | | 氏  名 |  | | | 間  柄 | |  | | 連  絡  先 | 自宅：  携帯： | |
|  | | |  | | 自宅：  携帯： | |
| 緊急時連絡先  (２名) | |  | | |  | | 自宅：  携帯： | |
|  | | |  | | 自宅：  携帯： | |
| 担当ケアマネ等  (いる場合は記入) | | |  | | | | | | |  | |

※□のある欄は、該当する箇所に***レ***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。