様式第1号(第4条関係)

食の自立支援事業利用申請書

年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　　様

申請者　住所

氏名

続柄

電話番号

　食の自立支援事業を利用したいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 龍ケ崎市 | | | | | | | 電話  番号 |  | | |
| ふりがな |  | | | | | | | 生年  月日 | 明・大・昭  年　月　日 | | |
| 氏名 | (男・女) | | | | | | |
| 家族構成 | ①ひとり暮らし世帯　②高齢者のみの世帯　③その他の世帯  ※ひとり暮らし世帯以外の場合は，次も記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | | | | | | 備考 |
|  | |  |  |  | | | | | |  |
|  | |  |  |  | | | | | |  |
|  | |  |  |  | | | | | |  |
| 緊急時の  連絡先 |  | 住所 | | 氏名 | | | 続柄 | | | | 電話番号 |
| ① |  | |  | | |  | | | |  |
| ② |  | |  | | |  | | | |  |
| ③ |  | |  | | |  | | | |  |
| 介護保険の  認定状況等 | 要介護認定等 | | (1)なし  (2)あり  (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) | | | | | | | | | |
| 要介護認定等の有効期間 | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 在宅サービス  利用 | | 有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・無 | | | | | | | | | |
| 指定居宅介護  支援事業者 | |  | | | | ケアマネ  ジャー | | | |  | |
| サービスの  利用希望 | (1)配食サービス  　　配達を希望する曜日(月・火・水・木・金・土)  　　(原則，1日おきとなります)  (2)その他のサービス(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 食事に関する  制限等 | 無・有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
|  | 食の自立支援事業の利用の決定を受けるに当たり，本申請書に記載されている事項についてサービス事業者に情報を提供することについて同意します。  　　　　　年　　　月　　　日  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | |