

配食サービス利用変更届

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

(申請者) 〒

住所 _____

氏名 _____

電話：() -

対象者との続柄 ()

瀬戸市配食サービス事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり変更が生じたので届け出ます。なお、瀬戸市介護保険事業運営要綱第1号様式及び第65号様式にて被保険者証・介護認定給付関係書類の送付先変更を届け出ている場合においては、当事業の送付物についても同様に扱うことに同意します。

1 利用者

住 所	瀬戸市		電 話		
氏 名	ふりがな	生年 月日		性別	男・女

2 変更内容 (変更が生じる項目に☑をつけ、変更後の内容を記載してください。)

<input type="checkbox"/>	住所				
<input type="checkbox"/>	電話番号				
<input type="checkbox"/>	緊急連絡先	住所			電話番号
		氏名	(続柄)		勤務先
<input type="checkbox"/>	配食サービス 利用内容	変更内容	当てはまる項目に☑をつけて下さい。(複数可) <input type="checkbox"/> 配食回数 (増加 ・ 減少) <input type="checkbox"/> 配食事業者の変更 <input type="checkbox"/> 曜日の変更 <input type="checkbox"/> 時間 (昼食 ・ 夕食) の変更 <input type="checkbox"/> 食事内容の変更		
		以下に変更後の内容を記載してください。			
		配食事業者名			
		利用希望日	昼食	月・火・水・木・金・土・日	計
		夕食	月・火・水・木・金・土・日	回	
	食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 () <input type="checkbox"/> 特別食 () <input type="checkbox"/> ご飯付き <input type="checkbox"/> おかずのみ			

3 変更理由

変更理由	
------	--

※受付職員の確認欄

受付		開始希望日	年 月 日 () から変更
----	--	-------	----------------