

瀬戸市配食サービス申請書

(宛先) 瀬戸市長

(申請者) 〒

住所 _____

氏名 _____

電話：() -

対象者との続柄 ()

以下の内容に同意し、配食サービスの利用を申請します。

- 1 本書の内容を配食業者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示すること。
- 2 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。

利用者	住所	〒 _____ 瀬戸市			電話		
	ふりがな			生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名						
世帯の状況	氏名	性別	生年月日	続柄	備考		
		男・女	年 月 日	□配偶者 □子 () □その他 ()			
		男・女	年 月 日	□配偶者 □子 () □その他 ()			
緊急連絡先	住所				電話		
	ふりがな			続柄	□配偶者 □子 () □その他 ()	勤務先	(連絡先)
	氏名						
利用回数	週 回 <昼 回・夜 回>						
利用希望日	< 昼 ・ 夜 > 月・火・水・木・金・土・日	業者名	□さくら配食サービス □宅配クック 123 □ライフデリ □まごころ弁当	内 容	□普通食 □治療食 () □特別食 () □ご飯付 □おかずのみ		
					□普通食 □治療食 () □特別食 () □ご飯付 □おかずのみ		
利用希望日	< 昼 ・ 夜 > 月・火・水・木・金・土・日	業者名	□さくら配食サービス □宅配クック 123 □ライフデリ □まごころ弁当	内 容	□普通食 □治療食 () □特別食 () □ご飯付 □おかずのみ		
					□普通食 □治療食 () □特別食 () □ご飯付 □おかずのみ		

※受付職員の確認欄

受付	世帯状況	年齢確認	開始希望日	送付先変更
	□独居 □一時的な独居 □高齢者世帯 または高齢者世帯	□65歳以上	年 月 日 ()	□有 □無