

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。

- 記載された個人情報、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ものとし、利用目的以外の目的で利用しません。
- 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	_____		年 月 日	_____年 _____月 _____日		
世帯の状況	氏名	性別	生年月日	続柄	連絡先		
		男・女	_____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
		男・女	_____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
緊急連絡先	住所	_____			電話	_____	
	ふりがな	_____		続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他 ()	勤務先	_____
	氏名	_____				(連絡先)	
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	_____	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 <input type="checkbox"/> おかずのみ		
利用希望日	< 昼 ・ 夜 > 月・火・水・木・金・土・日	業者名	_____	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 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 一時的な独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 または高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 65歳以上	_____年 _____月 _____日 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無