

高齢者配食サービス事業利用申請書

大里広域市町村圏組合 管理者 宛

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 利用者との続柄 _____
 電話番号 _____

大里広域市町村圏組合高齢者配食サービス事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり配食サービスの利用を申請します。

記

利用者	住所	深谷市		被保険者番号		
	フリガナ			電話番号		
	氏名			性別	男・女	
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	種別	<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 65歳以上高齢者のみの世帯に属する高齢者 <input type="checkbox"/> その他管理者が特に必要と認める65歳以上の高齢者				
利用内容	曜日・回数	月・火・水・木・金・土 (週回)				
	開始日	令和 年 月 日 (曜日) から				
	食事内容	ごはん (普通・おかゆ・おにぎり)				
		おかず (普通・きざみ大・きざみ小)				
事業者						
疾病状況	有 (疾病名: 通院・往診) ・ 無					
	かかりつけ医療機関			電話番号		
同居者	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号	

私の介護保険における認定状況及び介護保険料の所得区分を調査することに同意します。

利用者氏名 (署名) _____