

第1号様式 (第4条関係)

訪問給食サービス事業利用申請書

申請日

〇〇年 〇月 〇日

会津若松市長 あて

申請者 住所 会津若松市〇〇町〇番〇号

利用者と同じ場合は利用者の住所・氏名・押印。それ以外は申請する方の住所・氏名・押印

氏名 若松 太郎 (印)

(電話番号 12-3456 続柄 本人 )

下記のとおり訪問給食サービスを利用したいので申請します。

利用者	住所	会津若松市〇〇町〇番〇号					電話	12-3456
	ふりがな氏名	若松 太郎	生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日 ( 〇〇歳)			性別	(男)・女
世帯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者(身・精・知) <input type="checkbox"/> その他( )							
緊急連絡先 (不在時連絡先)	氏名	続柄	住所				電話番号	
	若松 花子	長女	会津若松市〇〇町〇番〇号				12-6543	
希望配食内容		月	火	水	木	金	土	回数
	昼食	○				○	○	6回
	夕食	○		○			○	
<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> おかずのみ <input type="checkbox"/> その他( )								
介護認定及び添付書類	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中                    ※添付書類はありません。							
	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援( 2 )                    添付書類 : 介護予防サービス・支援計画表							
	<input type="checkbox"/> 要介護( )                    添付書類 : 居宅介護サービス計画書(ケアプラン)							
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身障 級・精神 級・療育 )							
代行機関	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター					担当者		
名称								

本申請書及び別紙に記載された内容について受託事業者及び地域包括支援センター・居宅介護支援事業者、並びに民生委員・老人福祉相談員に提供することを同意します。

また、申請内容についての確認のため、利用者の身体状況及び介護保険認定状況について調査することを同意します。

本人氏名 若松 太郎

ケアマネージャーがいる場合、代行申請も可能です。

地域支援グループ確認