様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

　安中市長　様

住所

申請者　氏名

電話　　　―　　　―

利用者との続柄(　　　　　　)

配食支援事業利用申請書

　配食支援事業の利用について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 安中市 | 行政区 |
| 電話番号 | 　　　　―　　　　― | 地区 |
| 要介護認定 | 1　要介護（　5・4・3・2・1　）　2　要支援（　2・1　）3　申請中（　新規・更新・区分変更　）　4　事業対象者　5　未申請 |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所：　　　　　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　　　） |
| 本人の状況 | □外出することができない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□料理することができない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する配達回数及び曜日 | ・回数　　週　　　　回　(最大週5回まで)・曜日　　日曜　月曜　火曜　水曜　木曜　金曜　土曜 |
| 配食の種類等(ごはん付き) | ・種類　　□普通食　□特別食(　　　　　　)・おかず　　□普通　□きざみ食・ごはん　　□普通　□軟らかめ　□おかゆ |
| 家族構成 | □　単身　　　　□　同居者有り(構成を下に記入してください。) |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 摘要 |
| 　 | 　 | 歳 | 男・女 | 　 |
| 　 | 　 | 歳 | 男・女 | 　 |
| 緊急連絡先 | 連絡順位 | 　　1　(続柄：　　　　　　) | 　　2　(続柄：　　　　　　) |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 電話番号 | ―　　　　― | ―　　　　― |
| 日中等の連絡先 | 携帯(　　　―　　　―　　　　) | 携帯(　　　―　　　―　　　　) |
| 備考 | かかりつけ病院名(　　　　　　　　　　　　　　　)※配食番号：　　―　　 |

※この申請書に記載されている内容は、市から委託業者に連絡します。