

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	<input type="checkbox"/> 外出することができない () <input type="checkbox"/> 料理することができない () <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食() ・おかず <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> きざみ食 ・ごはん <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> おかゆ					
家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 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		
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。