様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配食サービス事業利用（変更）申請書  　　　　　年　　月　　日  　小美玉市長　　　　　　様  利用者　住　　所　小美玉市  氏　　名  電話番号  生年月日　大・昭　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 小美玉市配食サービス事業実施要綱第 | | | | | | 5  7 | 条の規定に基づき、下記のとおり配食サー | | |
| ビスの利用を | | 申請  変更 | | します。 | | | | | |
| 記 | | | | | | | | | |
| 配食希望日 | | | 回数 | | 備　考  (希望の曜日に○) | | | | |
| 週　　回 | | 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 | | | | |
| **申請理由**  **（※必ず記入）** | | |  | | | | | | |
| 世帯の状況 | | | 1　ひとり暮らし　　　2　高齢者世帯　　　3　心身障がい者  4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | |  | | | | | 利用者との続柄 |  |
| 住　所 | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| **利用者の健康状態**  **（※必ず記入）** | | | 現在の疾患名  介護認定申請　　1　なし　　　2　申請中  3　あり(非該当　要支援　　　要介護　　　) | | | | | | |
| ①申請者情報並びに緊急連絡先につきましては、配食委託事業所・地域包括支援センター・介護福祉課等の関係機関に提示すること、及び緊急時は自宅に入ることに同意いたします。  ②指定された期限までに利用料金を納付しない場合には、サービスを停止されることに異議はありません。  ③介護保険料の納付状況について、市が調査することに同意いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名 | | | | | | | | | |

**※緊急連絡先は、日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。**