年 月 日

大 崎 市 長 様

申請者 住 所 大崎市

氏 名

大崎市高齢者配食サービス事業利用申請書

 大崎市高齢者配食サービス事業を利用したいので，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住 所 | 大崎市 | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 性 別 |  |
| 生年月日 |  | 年 齢 | 歳 |
| 要 介 護認 定 等の 状 況 | 被保険者番号 |  | 要介護状態区分 |
| 認定年月日 | 令和　　　年　　　月 日 | □要支援・要介護（　　）□事業対象 |
| 認定有効期限 | 令和　　　年 月 日 |
| 家族構成 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 年 齢 |
|  | 大・昭 年 月 日 | 歳 |
|  | 大・昭 年 月 日 | 歳 |
| 利用期間 | 令和年月日　から　令和年月日　まで |
| 利用希望内 容 | 事 業 者 | 回　　数 | 曜 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  | 週　　回 | 昼 食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊 急連 絡 先 | 住 所 |  | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 本人との関係 |  |
| 添付書類 | １ 高齢者配食サービス事業利用承諾書（別紙１）２ 高齢者配食サービス事業利用者実態把握票（別紙２）３ 居宅サービス計画書（１）・（２），週間サービス計画書（要介護認定者）４ 介護予防サービス支援計画書，週間サービス計画書（要支援認定者）５ 利用者基本情報 |

□ 申請手続代行者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所（申請者と同居の場合は不要） | 氏 名 | 本人との関係 | 電話番号 |
|  |  |  |  |

※１ 利用期間の終了日は，特に希望がなければ年度の末日を記入してください。

※２ 事業者は１事業者とし，回数は昼食又は夕食のいずれかの１日１回（週７回を限度）とします。

※３ 利用希望内容については，審査結果に基づき変更する場合があります。