

揖斐川町長 岡 部 栄 一 様

住所 揖斐川町
 氏 名
 申請者 対象者との続柄
 電話番号

配食サービス利用申請書

揖斐川町配食サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所	揖斐川町					
	氏 名		性 別		電話番号		
	生年月日				年 齢	歳	
世 帯 区 分	1. 65歳以上のひとり暮らし 2. 高齢者のみの世帯 3. その他（ ）						
世帯構成又は 緊急連絡先	氏 名	続 柄	年 齢	備 考			
介 護 保 険	被保険者番号		要介護認定	要支援・要介護 ()			
	居宅介護支援 事業所名			電 話 番 号	()		
配食サービスを 必要とする理由	(具体的に)						
食 事 の 形 態	1 普通食： <input type="checkbox"/> おかずのみ <input type="checkbox"/> セット（ご飯+おかず） 2 特別食： <input type="checkbox"/> ペースト食						
配 食 希 望 日 (昼 食)	月 火 水 木 金 土			(○で囲んでください)		週 回	
配 食 希 望 日 (夕 食)	月 火 水 木 金 土			(○で囲んでください)		週 回	
同 意 書							
私は、町が事業を実施するために必要となる利用者の心身の状況及び家庭の環境等並びに「食」に係る嗜好の情報を収集し、必要に応じて食事提供に係る当該情報を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に提示することに同意します。 利用者（家族代表者）氏名							

