

(様式1)

南魚沼市食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

南魚沼市長 あて

下記のとおり、南魚沼市食の自立支援事業の利用を申し込みます。

今回の申請に対し、事業の実施に必要な情報を配食事業者、南魚沼市地域包括支援センター及び大和地域包括ステーションに提供することに同意します。

利用者氏名

利用者代理人

利用者	ふりがな 氏名		生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日			
	住 所	南魚沼市	区分	認定なし・申請中	任意		
	電 話			要介護 ()	事業		
	世 帯 状 況	単身世帯 ・ 高齢者のみ世帯 ・ その他 ()					
緊急 連絡 先	ふりがな 氏名		続 柄				
	住 所						
	電 話	(固定電話)	(携帯電話)				
希望 利用 内容	曜日と回数 ※希望する曜日に○	合計	月	火	水	木	金
		食					
	利用開始日	令和 年 月 日					
特記 事項	食事形状等	普通 ・ おかゆ ・ おかずのみ ・ きざみ ()					
	アレルギーや 配達時の注意事項等						
担当 者	事業所名						
	担当者名						
	連絡先						

※添付書類：利用申請書(様式1)・アセスメント票(様式3)・利用者基本情報・ケアプラン(作成している人のみ)

※事務処理欄							
決 裁	課長	参事	包括支援班		担当 地域包括	結果	検討日 (. .)
			主幹	班			承認 . 却下
							総合事業・任意事業