

(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委託事業者及び南魚沼市地域包括支援センター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	介護度	認定なし・申請中			
	電 話			要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
	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 食	月	火	水	木	金
	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	検討日 (. .)
			主幹	班		承認 ・ 却下
						総合事業・任意事業

(2023. 5. 1)