

別記様式第1号（第5条関係）

高齢者配食支援事業利用申請書

年 月 日

佐野市長 様

次のとおり高齢者配食支援事業の利用を申請します。また、私は、申請書記載の個人情報について関係機関へ提供することについて、同意します。

申請者	住 所			
	ふりがな 氏 名	⑩	電話	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
世帯状況	一人暮らしの高齢者 高齢者のみの世帯			
配食支援 について	希望する事業者名			
	配達する曜日（1週間 につき5回まで）	日 月 火 水 木 金 土		
	食事	昼食		夕食
普通食 特別食（ ）				
代理申請	⑩	電話		
添付書類	(1) 高齢者配食支援事業利用者緊急連絡先同意書 (2) 介護サービス計画、介護予防ケアマネジメント、介護予防サービス計画等			

備考

- 「配食支援について」の欄については、事業者の営業日、配達の範囲及び事業の内容を確認して記入してください。
- 「代理申請」の欄は、介護支援専門員等が代理申請をする場合は、事業所名及び電話番号を必ず記入してください。