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 |  | | | 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 |  | | | 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

１　「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。

２　「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。