

配食サービス  
【事業利用申請書】兼台帳

決裁	課長	課長補佐	係長	係	登録No.

申請者氏名		利用者との続柄	
住所	〒		
電話番号			

1. 基本情報 記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	世帯類型
利用者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳 )	・独居・高齢世帯・同居・日中同居 ・敷地内の別世帯・その他( )
現住所	広川町大字	電話	自宅： 携帯：	
アセスメント時連絡先	フリガナ氏名	本人との関係	電話番号	自宅： 携帯：
緊急連絡先(申請者と同じ <input type="checkbox"/> )	フリガナ氏名	住所	〒	
	続柄 ( )	電話	- - (自宅・会社・携帯)	
緊急連絡先(申請者と同じ <input type="checkbox"/> )	フリガナ氏名	住所	〒	
	続柄 ( )	電話	- - (自宅・会社・携帯)	

2. 申請理由とサービス利用希望等

申請理由	現在困っていること (いくつでも) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 火気管理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> ごみ出し <input type="checkbox"/> 移動困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
希望内容	<input type="checkbox"/> ごはん付き <input type="checkbox"/> おかずのみ (どちらか1つ選択)			<input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 (どちらか1つ選択)			
サービス希望日	月	火	水	木	金	土	日

特記事項 (利用時の注意事項・気をつけて欲しい事など)	

介護認定	未申請/申請中/非該当/要支援 1 2/要介護 1 2 3 4 5 ケアマネ
福祉手帳	<input type="checkbox"/> 身障 種 級 / <input type="checkbox"/> 精神 種 級 / <input type="checkbox"/> 知的 種 級
災害時要援護者	<input type="checkbox"/> 同意者 <input type="checkbox"/> 非同意者 (理由 ) <input type="checkbox"/> 非該当者
SOSネットワーク	<input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 非登録者 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 非設置者
その他	

(提出先) 広川町長

上記のとおり事業の利用を申請します。なお、利用者負担金は、遅滞なく直接利用事業所に納入することを誓約します。また、見守り等支援が必要と認められるときは、本申請書内容及び利用状況等を、民生委員、地域包括支援センター及び介護サービス事業所等に提供することに同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (代筆者氏名) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_