第３号様式(第５条関係)

和泊町「食」の自立支援事業サービス利用申請書

　　年　　月　　日

和泊町長　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　和泊町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日　　満　　歳

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　「食」の自立支援サービスを利用したいので申請します。

１　開始希望年月日　　　　　　年　　月　　日から

２　配食サービスの利用希望　※原則は１日１食です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | | 土 | |
| 昼 | 夜 | 昼 | 夜 | 昼 | 夜 | 昼 | 夜 | 昼 | 夜 | 昼 | 夜 |
| 利用  希望 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３　家族の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 同居  別居 | 住　所 | 職　業 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

４　緊急時の連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 続柄 | 住　　　所 | 電話番号 | 勤務先 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |

５　申請する理由(必ず記入してください。)

６　介護度・担当ケアマネジャー

　認定なし ・ 要支援(　　　) ・ 要介護(　　　)

　総合事業　該当 ・ 非該当

　担当ケアマネジャー：