

宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業利用申請書

令和 年 月 日

宇佐市長 あて

申請者 住 所
氏 名

※代筆の場合は押印

電話番号

(代筆者氏名 続柄)

宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。
なお、宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業利用申請及び決定に伴い、次のことに同意します。

1. 配食決定に関して必要となる世帯状況を調査し、必要書類を取得すること
2. サービス提供に関する実態調査に必要な情報を地域包括支援センターへ提供すること
3. 実態調査内容を必要な関係機関へ情報提供すること
4. 配食時に応答がない場合、安否確認のため建物内に立ち入ること

また、利用に際し、申請者が原因となって起きた身体上その他の事故については、市及び業者に対し、一切の責任を問わないことを誓約します。

フリガナ		生年月日	年	月	日	(歳)	
利用者氏名								
住 所 ※住民基本台帳上	〒 電話番号 - -							
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 []							
対象者の要件に関する申告 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 加齢等により自ら調理又は栄養管理を行うことが困難です。 <input type="checkbox"/> 配食等の支援が可能な親族がいません。							
配食希望日に○を記入 ※週上限7回 1日上限1回	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	昼食							
	夕食							
希望配食業者名					申請代行者名 (包括担当者)	包括		
緊急連絡先	電話	-	-	名前	続柄			

注意・お住いの地区や配食業者によって、利用できる配食日・時間帯が異なります。
・弁当の内容及び料金は、配食業者によって異なります。

宇佐市記入欄

決 裁	課 長	総括	担当	係	決定	整理番号
					可・不可	
					決定年月日	
				令和 年 月 日		
審査要件	<input type="checkbox"/> 栄養改善を要する <input type="checkbox"/> 見守りを要する <input type="checkbox"/> その他 ()					
備 考						

受付印枠

--