

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、調査内容を関係機関へ提供すること
3. 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	☐ 単身者 ☐ 高齢者のみ世帯 ☐ その他 []							
対象者の要件 に関する申告 ※すべてにチェック	☐ 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。							
	☐ 定期的な見守り、安否確認が必要です。							
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						☐ 配達日調整済み		
緊急連絡先	①	(名前)	(続柄)	(電話)	(住所)			
	②	(名前)	(続柄)	(電話)	(住所)			

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	☐ 栄養改善を要する ☐ 見守りを要する ☐ その他 ()					
備 考						

受付印枠