

配食型見守りサービス事業変更届出書

年 月 日

多治見市長

申請者（利用者）

住 所 多治見市

ふりがな

氏 名

電話番号

() -

次のとおり多治見市配食型見守りサービス事業の利用に係る事項を変更したいので届け出ます。

なお、申請、決定及び届出の内容について支援センター等（地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者等）に通知することに同意します。

登録番号

項 目		変更後	変更前
資格要件		☐ 高齢者の単身世帯 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 重度の身体障がい者 ☐ その他 ()	☐ 高齢者の単身世帯 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 重度の身体障がい者 ☐ その他 ()
配食利用曜日 ※注 利用回数を変更したいときは、変更申請書を提出してください。		☐ 月曜日 ☐ 土曜日 ☐ 火曜日 ☐ 日曜日 ☐ 水曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日	☐ 月曜日 ☐ 土曜日 ☐ 火曜日 ☐ 日曜日 ☐ 水曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日
緊急 連絡先	氏 名		
	利用者との続柄		
	住 所		
	電話番号	() -	() -
支 援 センター等	事業所名		
	担当者		
変更希望日		年 月 日 () から	
利用の一時休止		年 月 日 () から 年 月 日 () まで	

※記入又は該当する箇所にチェックしてください。