配食型見守りサービス事業利用申請書

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を利用したいので申請します。

なお、安否確認時の緊急事態等に対処するため、申請及び決定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。また、支援センター等が作成する配食型見守りサービス事業調査票を市に提出することに同意します。

利用者	上記申請者に同じ		生年月日	年　月　日
	資格要件	□高齢者の単身世帯　□高齢者のみの世帯　□重度の身体障害者 □その他（　　）		
配食型見守りサービス事業の利用を希望する理由		※日常的に食事の準備が困難な理由、安否確認が必要である理由を記入してください。		
配食希望曜日		□月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日		
配食開始希望日		年　月　日（　）から		
緊急連絡先	氏　名		続柄	
	住　所			
	電話番号	（　　）　　－		
支援センター等	事業所名			
	担当者			

※記入又は該当する箇所にチェックしてください。