

配食型見守りサービス事業変更申請書

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の利用回数を変更したいので申請します。

なお、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。

登録番号	
------	--

	変更後	変更前
	回／週 (利用曜日)	回／週 (利用曜日)
配食利用回数	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日
変更開始希望日	年 月 日 () から	
変更を希望する理由		

※記入又は該当する箇所にチェックしてください。