

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		<input type="checkbox"/> 高齢者の単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 重度の身体障がい者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 高齢者の単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 重度の身体障がい者 <input type="checkbox"/> 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。		<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
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。