

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	<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"/> 重度の身体障害者 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日		
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。