

(表)

様式第1号 (第11条関係)

飛驒市お手本配食事業利用申請書

利用者住所	〒		新規・継続						
			電話番号	()					
フリガナ利用者氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)						
		介護保険被保険者番号							
身体状況	総合事業対象者、要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)								
	利用している公的サービス	無 ・ 有(サービス名:)							
	担当ケアマネジャー	事業所名 氏 名							
世帯状況	独居世帯 ・ 高齢者のみの世帯 ・ 上記以外の世帯(利用が必要な理由) ()								
配食区分	利用業者名								
	利用日及び食事	曜日	月	火	水	木	金	土	日
		食事	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜
	開始希望日								
	利用期間								
	特記事項								
申請理由									
緊急時の連絡先	住所								
	電話番号 ()								
氏名	続柄 (勤務先)								

(裏)

飛驒市長 あて

上記のとおり、飛驒市お手本配食事業の利用について申請します。
なお、申請にあたり、

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

㊟

電 話 () —

市
受
付
欄

備考

申請にあたっては、介護保険被保険者証及び居宅介護サービス計画書、介護予防サービス・支援計画書又は地域包括支援センターで作成した任意の支援計画書の作成に係るサービス担当者会議の会議録、支援内容の協議記録等食事の支援の必要性が協議されたことがわかる資料（週の利用回数と本事業による利用期間がわかるものであること。）を添付してください。