

別記様式第1号（第5条関係）

高山市高齢者配食サービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）高山市長

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話

高山市高齢者配食サービス事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、裏面の事項に同意し、下記のとおり申請します。

利用者	氏名			生年月日	年 月 日				
	住所			電話					
利用者の状況	健康状態	疾患名等							
		要支援・要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定無	<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 事業該当者			
			<input type="checkbox"/> 要支援 1・2	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5					
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (級：身体・療育・精神)				
同居の世帯員	氏名			生年月日	年 月 日				
	氏名			生年月日	年 月 日				
緊急時の連絡先	①	氏名	(続柄：)		電話				
		住所							
	②	氏名	(続柄：)		電話				
		住所							
配食サービスを希望する理由									
希望する食事		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食 (指示内容：)							
アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
希望曜日	配食希望曜日に○を記入してください。(1日1食、週に6回まで)		月	火	水	木	金	土	計
		昼食							週 回
		夕食							

※市確認欄 利用者：課税・非課税 利用者世帯：課税・非課税

同意事項

1. 配食サービスの利用に関し、市が申請者の住所、氏名及び電話番号、利用者の住所、氏名、生年月日、電話番号、健康状態、配食サービスを必要とする理由及び緊急時連絡先を、配食サービスを委託する事業者へ提供します。
2. 配食サービスの利用に関し、市が地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、その他関係者から必要な情報の提供を受けます。
3. 配食サービスの利用決定に必要な税務調査を行うことに同意します。
4. 安否確認を兼ねたサービスであることを理解し、配食時には直接弁当を受け取ります。
5. 配食された食事は、衛生管理上の観点から配食後、直ちに食します。
6. 申請書への記載事項や課税状況、世帯員に変更が生じた場合又は入院、入所その他の理由により一時的に配食サービスを利用しない場合は、速やかに市又は事業者等に連絡します。
7. 配食サービスの利用料について、遅滞なく市に支払います。

以上のことについて同意します。

年 月 日

(本人署名)

(代筆者署名)

続柄 ()