

見守り配食支援事業利用申請書

〇年 〇月 〇日

長浜市長 あて

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者は、「本人」または「ご家族」となります

申請者 住所 **長浜市◇◇町〇〇番地**

氏名 〇〇 〇〇

電話番号 **××-××××**

(利用者との続柄: **本人**)

次のとおり長浜市見守り配食支援事業の利用を申請します。

なお、利用の可否を決定するために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料、市税、介護保険料、国民健康保険料(税)及び後期高齢者医療保険料の納付に関する資料その他必要な資料について、関係機関に照会・閲覧されることに同意します。

また、見守り配食支援事業の決定を受けた際には、事業実施に必要な個人情報等を委託事業者、民生委員、関係機関等へ提供することに同意します。

利用者氏名 (ふりがな)	(〇〇〇〇 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇		生活保護受給				
	生年月日 昭和▲ 年 ●月 ■日(●●歳)		(有・ 無)				
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市 ◇◇町〇〇番地						
電話番号	(××) ××××	世帯構成 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者と同居する者すべてが65歳以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他()				
利用希望事業者 (いずれかに○)	ミールサービス たにぐち	ワタミの 宅食	宅配クック 1 2 3	ライフデリ 長浜店	生活協同組合 コープしが (※1)		
配食区分 (どちらか一方に○)	昼食 ・ 夕食						
見守り状況	月	火	水	木	金	土	日
	朝		デイ		デイ	へ	
※現在の家族の見守りや福祉・介護サービスの利用状況をご記入ください ※「有」が「無」のどちらかに○							
前回利用決定の有無	有(決定期間 年 月 日から 年 月 日)						無

配達時に利用者が留守の場合の連絡先・緊急連絡先

住所	〒 △△△-△△△△	電話番号	****-**-****
	〇〇市◆◆町××番地	携帯電話	090 -****-****
氏名	〇〇 ◆◆	利用者との関係	子(長男)

※緊急時に連絡します。第2連絡先を設定したい場合は、欄外に記入ください。