

配食サービス利用申込書

令和 年 月 日

麻績村長 殿

配食サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお介護保険関係、住民記録、所得等を調査閲覧することに同意します。

申請者	住所						
	氏名	印		電話	続柄		
利用者	住所	麻績村	番地	地区名	電話		
	氏名	生年月日		年	月	日	年齢
世帯状況	一人暮らし 高齢者及び心身障害者のみの世帯 その他						
親族等支援者	氏名	年齢	続柄	住所(同居の場合には同居と記載)		連絡先電話・携帯	
介護度	事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 認定無						
配食が必要な理由							
配食希望日	昼食 週__回 (月 火 水 木 金 土) 月__回 (第__週__曜日) 夕食 週__回 (月 火 水 木 金 土) __月__日 ~ __月__日 (昼・夕) 百菜 月__回 (第2火曜日・第4火曜日) 開始希望日 年 月 日						

村記入欄

決裁欄	起案年月日	年	月	日	上記申請について、調査の結果下記のとおり決定し、別紙のとおり通知してもよろしいでしょうか。		
	決裁年月日	年	月	日			
	通知月日	年	月	日	許可 却下	年 月 日まで	
	村長	副村長	課長	係長	係	利用者負担額	450円・500円