

高齢者配食サービス利用申請書

令和 年 月 日

(宛先)西尾市長

申請者(本人・親族等) 〒 -

住 所

フリガナ

氏 名 (続柄)

電話番号 - -

下記のとおり高齢者配食サービスの利用を申請します。

記

※該当する箇所に、□にレをしてください。

利 用 対 象 者	フリガナ		生年月日
	氏 名	(□申請者に同じ)	□大正 □昭和 年 月 日
	住 所	(□申請者に同じ) 〒	
	電話番号	(□申請者に同じ) - -	
	居住状況	□対象者住所地に居住しており、医療機関等への入院、介護又は日常生活上の支援を行う施設等の入所はしていません。	
		サービスの利用にあたり必要な情報を西尾市が公簿(電子計算機の記録情報を含む)等によって確認することや関係機関へ照会、提供することに同意します。 利用対象者氏名	
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
世帯区分	□ひとり暮らし高齢者 ・ □65歳以上の高齢者のみの世帯 ※同一住所で世帯分離は配食サービスの対象外です。		

介護支援 専門員	上記対象者は自分で調理することが困難な状態にあり、総合的に判断して市の配食サービスを利用することが適切であることを確認しました。 事業所名 介護支援専門員氏名
-------------	--

※ 助成利用券の送付先が利用対象者以外の場合のみご記入下さい。

□申請者	〒 - 氏名 電話番号 - -
□その他送付先 ⇒	