様式第１号（第７条関係）

時津町高齢者向け配食サービス事業利用申請書

年　　月　　日

時津町長　様

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

時津町高齢者向け配食サービス事業を利用したいので、以下の項目について承諾し、申請します。

（１）利用決定の可否にかかる所得調査を受けること。

（２）安否確認を含む食事サービスであるため、お弁当は手渡しで受け取ること。

<table>
<tr><td rowspan="3">利　用　者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">時津町</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>世 帯 状 況</td><td colspan="5">（該当する数字に〇を付けてください）
１．一人暮らし　　２．高齢夫婦のみ　　３．その他
（下記の項目にすべて当てはまる方が対象となります。）
□　食事に関し、支援できる家族がいない又はできない日がある。
□　一人で買い物に行くことができない又は調理ができない。
□　介護サービス等（ヘルパー調理支援、買い物支援、食事提供のある通所サービス等）を利用しない曜日がある。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">緊急連絡先</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td>要介護認定</td><td>１．なし
２．あり</td><td colspan="4">要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５
事業所・担当者（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">既往疾患
通 院 等</td><td>かかりつけ医</td><td colspan="2"></td><td>主な疾患名</td><td></td></tr>
<tr><td>医師の指示等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>希 望 す る
配食事業所</td><td>配食事業所名</td><td></td><td>弁当の種類</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>配食希望日
週1～3回まで</td><td colspan="5">年　　月　　日～（ 月　　火　　水　　木　　金　　土　　日 ）</td></tr>
</table>