

紫波町社会福祉協議会配食サービス事業利用申請書

年 月 日

紫波町社会福祉協議会長 様

申請者	住所			
	氏名	Ⓜ		
	連絡先		対象者との続柄	

次のとおり紫波町社会福祉協議会配食サービス事業を利用したいので申請します。

なお、安否確認による緊急事態等に対処するため、本事業の利用について関係機関等に連絡することに同意します。

対象者	氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
				連絡先	
	住所				
	申請理由	(調理困難な理由)			
	本人の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> その他()	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他()	
配食希望	<input type="checkbox"/> 毎週	<input type="checkbox"/> 隔週	希望開始日	年 月 日(金曜日)～	
居宅介護支援事業所及び関係機関名		担当() 連絡先()			
同居の家族	氏名	年齢	続柄	備考	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先(携帯番号)	

.....
上記について、利用可としてよろしいか。

【決裁欄】	年月日	局長	訪問介護事業所長	事務局員	担当者

誓 約 書

紫波町社会福祉協議会長 様

当会が実施する配食サービス事業について、

- ・ 配食されたお弁当は、食中毒防止のため、配食後直ちに食します。
- ・ 住所等申請書への記載事項に変更が生じたとき又は病院・施設等に入院・入所したときは、速やかに当会へ連絡します。

以上のことを守り、サービスを利用いたします。

年 月 日

住所

氏名

_____ 印