様式第１号（第５条関係）

毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業利用申請書

　　年　　月　　日

毛呂山町長　あて

次のとおり毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業の利用を申請します。また、申請書記載の個人情報について関係機関、配食事業者及び民生委員へ提供し、不在時や異常時に配食事業者等から緊急連絡先に連絡すること及び介護保険料等の納付状況について調査することについて、同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 毛呂山町 |
| ふりがな氏　　名 |  | 電　話 |  |
| 要介護度 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　齢 | 　　　　　　歳 |
| 介護支援専門員(ケアマネジャー) | 事業所名 |  | 電　話 |  |
| 氏　　名 |  |
| 世帯状況 | □一人暮らしの高齢者等　・　□高齢者等のみの世帯 |
| 希望する配食事業 | 希望する事業者名 |  |
| 配食スケジュール(１日１食まで) | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 昼食 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 夕食 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 食事の種類 | □普通食・□調整食(　　　　) | ごはんの有無 | □有・□無 |
| 緊急連絡先(利用者不在時の連絡先１名は必ず記入) |  | 住所 |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 電　話 |  |
|  | 住所 |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 電　話 |  |
| 添付書類 | (1) 介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの写し(2) 毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業利用調査票（様式第２号）(3) 介護保険被保険者証の写し |

備考１　「希望する配食事業」の欄については、配食事業者の営業日、配達の範囲及び事業の内容を確認して記入してください。

２　配食事業は、毛呂山町が１日１回を限度に１食につき２００円を配食事業者に間接的に助成することで実施しています。