様式第３号（第６条関係）

毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業利用変更届出書

　　年　　月　　日

毛呂山町長　あて

年　　月　　日付け　　第　　　号で利用の決定を受けた毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業について、次のとおり変更したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 毛呂山町 |
| ふりがな氏　　名 |  | 電　話 |  |
| 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 |  |
| 以下、変更する事項の表題部の□にチェックを入れ、変更内容を記入してください。なお、変更の無い事項の記入は不要です。また、申請者の住所等及びケアマネジャーの変更のみの場合は、以下の記入は不要です。 |
| □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① | 住　　所 |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  | 電　話 |  |
| □緊急連絡先② | 住　　所 |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  | 電　話 |  |

備考

「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。