

様式第1号(第6条関係)

高齢者配食サービス見守り事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 橋本市長

申請者 住 所
氏 名
利用者との関係
電話番号

(署名又は記名押印)

橋本市高齢者配食サービス見守り事業の利用を下記のとおり申請します。

利用 対 象 者	住 所	橋本市				
	ふりがな		性 別	電 話 番 号		
	氏 名		男 ・ 女			
	生年月日		年 月 日生	年 齢	歳	
状 態	介護保険認定 未申請・申請中・自立・要支援()・要介護() (該当するところに○をしてください。)					
	その他の傷病等(具体的に)					
緊 急 時 の 連 絡 先	氏 名	電話番号	備 考			
			(本人以外)			
			担当ケアマネージャー			
同 居 の 家 族	氏 名	続柄	性別	年齢	食事制限等の有無	
					・ 医師からの食事制限等の指示 有 ・ 無	
					・ 食事制限等の指示内容 (理由及び注意事項)	
申 請 理 由						・ 担当医師の氏名 (電話番号)
希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕 昼・夕					
配食に関して希望することがあれば記入してください。					※ 配食事業者名	

※ 欄は記入しないでください。