様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

杉戸町高齢者配食サービス利用申請書

杉戸町長　あて

杉戸町高齢者配食サービスの利用について、次のとおり申請します。
申請にあたり、以下の事項について同意します。
１対象要件の確認に必要な介護保険情報等を町が調査すること。
２本申請に係る情報を、配食事業者及び居宅介護支援事業所に提供すること。

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者（申請者）</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>電　　話</td><td></td></tr>
<tr><td>携　　帯</td><td></td></tr>
<tr><td>介 護 度</td><td colspan="4">□介護予防・日常生活支援サービス事業対象者（チェックリスト該当者）
□要支援（１・２）　□要介護（１・２・３・４・５）</td></tr>
<tr><td>世帯区分</td><td colspan="4">単身世帯・高齢者世帯・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>記入者</td><td colspan="5">（上記と異なる方が記入した場合はご記入ください）
ふりがな　　続柄　　電話番号
氏　　名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先①</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>電　　話
携　　帯</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>続　　柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先②</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>電　　話
携　　帯</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>続　　柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">居宅介護支援事業所
（ケアマネジャー）</td><td colspan="4">事業所名：
電話番号：
担当者名：</td></tr>
</table>

【利用希望日】週３回を上限とし、配食を希望する日に〇を付けてください。
※利用開始日の目安は、申請受付日から約２週間後となります。

月	火	水	木	金	週の合計
					週　　回
配食事業者名					
配食の種類					
個別対応	□なし □あり（主食：　　おかず：　　）				
配食事業者との事前調整連絡先	□本人　□家族（　　） □ケアマネジャー　（　　） □その他　（　　）				
《備考》配食希望場所（玄関・部屋まで）やアレルギー等、注意が必要なことがあればご記入ください。					

《町記入欄》※この欄には記入しないでください。

利用開始日：　　年　　月　　日