

注) 利用希望者毎に申請が必要となります。

様式第1号 (第5条関係)

市川市在宅ひとり暮らし高齢者等配食サービス利用承認申請書

年 月 日

市川市長

下記のとおり、市川市在宅ひとり暮らし高齢者等配食サービスの利用を申請します。

利 用 者	住 所			
	フリガナ		電 話	
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
同 居 家 族	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				年 月 日 (歳)
				年 月 日 (歳)
				年 月 日 (歳)
緊 急 連 絡 先	住 所			
	氏 名	利用者との続柄 ()	電 話	携 帯
	住 所	緊急連絡先の方へは 配食時に不在だった場合、安否確認を依頼します。 事前に了承を取ってからご記入ください。		
	氏 名	利用者との続柄 ()	電 話	携 帯 自 宅
利用して いる介護 サービス	受けている介護サービスの内容を記入してください。 (例)・デイサービス (月・木)、 ・ヘルパー 火曜 9:00~10:30 など			
利 用 希 望 曜 日		介 護 認 定 区 分		
備 考	※ケアマネジャーの事業所・担当者名や特記事項など			

提 出 代 行 者	住 所	提出代行者(窓口に来た方の住所・氏名・続柄等)等を記入してください。 認知症のある方の場合、配達する委託業者とトラブルが発生すること もありますので、申請した方を明らかにしておく必要があります。		
	氏 名			