

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。

なお、申請内容について市が保有する情報で確認すること及び市川市高齢者サポートセンターへ情報を提供することを承諾します。

また、配食サービスの利用にあたり市の定める実費負担額を配食事業者へ支払うことを承諾します。

利 用 者	住所	市川市			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		(年齢)	(歳)	
	固定電話	()	携帯電話	()	
	世帯分類	☐ 独居（65歳以上の高齢者1人のみ） ☐ 高齢者世帯（65歳以上の高齢者複数） ☐ 障がい者世帯 ☐ 高齢者・障がい者世帯 ☐ その他（ ）			
同 居 家 族	氏 名	続柄	生年月日	備 考	
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
緊急連絡先①	住所				
	フリガナ		続柄	電話	携帯 固定
	氏名				
緊急連絡先②	住所				
	フリガナ		続柄	電話	携帯 固定
	氏名				
要介護状態区分			障害者等級の区分		
利用しているサービス					
希望曜日・回数		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 （ 週 回 ）			

ケアマネジャー	事業所名		住所	
	氏名		電話	()
備考				

利用開始にあたり、高齢者サポートセンターによるアセスメント調査及び配食事業者による事前調整を行います。

日程調整をする際の連絡先について、該当する項目にチェックを入れてください。

連絡先が申請者以外の場合は、関係・住所・氏名・電話番号ご記入ください。

日程調整の連絡先	☐ 申請者（固定電話） ☐ 申請者（携帯電話） ☐ 申請者以外（関係： ）			
	住所			
	フリガナ		電話番号	()
	氏名			

提出代行者	名称・氏名	該当に○→《家族（続柄/ ）・介護支援専門員・高齢者サポートセンター・その他》	
	住所・電話 (自宅・勤務先)	〒 —	電話（昼間の連絡先） ()

担当課職員処理欄 ☐ 対象者要件を満たしている ☐ 上限回数内の配食回数となっている
--

申請日 年 月 日 受付者 ()