

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。

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	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				
緊急連絡先②	住所				
	フリガナ	続柄	電話	携帯	
	氏名			固定	
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		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			
希望曜日・回数		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (週 回)			

