

常務理事	事務局長	係

一人暮らし高齢者配食サービス申請書

令和 年 月 日

一人暮らし高齢者配食サービスの対象要件に該当します。尚、70歳以上で下記の対象要件に該当し見守りを必要としますので一人暮らし配食サービスを希望いたします。

ふりがな 氏名	印
生年月日	( 歳)
住所	
電話番号	自宅 携帯電話
緊急連絡先	氏名 連絡先 続柄
担当ケアマネージャー	事業所名 担当者
担当民生委員	氏名 印 連絡先
配食希望日	<input type="checkbox"/> 第1水曜日 <input type="checkbox"/> 第3水曜日 <input type="checkbox"/> 両方とも (希望するところに○を付けて下さい。)
対象要件	<input type="checkbox"/> 75歳以上一人暮らし <input type="checkbox"/> 玄関での受け渡しが可能な方 <input type="checkbox"/> 70歳以上一人暮らし <input type="checkbox"/> 玄関での受け渡しが可能な方 当てはまる項目に○をつけ ( ) にご記入をお願いします ・要支援 ( ) ・要介護 ( ) ・障害者手帳 ( ) (介護保険・障害者手帳のコピーを添付して下さい) 状況 ( 例) 身体に障害があり、買い物や調理が困難である ) (対象となる内容に○を付けて、( ) に必要事項をご記入下さい)
社協会員	加入 ・ 未加入
避難行動要支援者登録	有 ・ 無
特記事項	
可否 ※事務局記入	可 ・ 否 (