

帯広市食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

帯広市長

様

□ □ □ - □ □ □ □

申

住 所

請

フリガナ

氏 名

（利用者との続柄）

者

電話番号

（ ）

次のとおり帯広市食の自立支援事業を利用したく申請します。なお、申請・継続に係る調査内容や必要な情報について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の関係機関・配食サービス実施事業者・帯広市関係各課に提供すること、又は提供を受けることに同意します。

利用対象者	フリガナ氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所					※コード	
	電話番号	（ ）		携帯電話	※登録番号		
世帯状況	氏 名	続 柄	生年月日		備 考		
			年 月 日（ 歳）				
			年 月 日（ 歳）				
緊急連絡先 ※1	1	氏 名	住 所				
		利用者との関係	自宅Tel	□携帯電話 □勤務先Tel			
	2	氏 名	住 所				
		利用者との関係	自宅Tel	□携帯電話 □勤務先Tel			
担当事業所等 ※2	事業所名						
	フリガナ担当者名				電話番号		

※1 緊急連絡先は、配食時に利用対象者が不在、又は健康状態等に異常がある場合にご連絡いたします。
 ※2 介護サービスを利用されている場合、若しくは事業所を経由して申請する場合は地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所をご記入ください。

希望する事業者	配食希望回数	曜 日 ※3
	週 [] 回	□月 □火 □水 □木 □金 □土
	週 [] 回	□月 □火 □水 □木 □金 □土
	週 [] 回	□月 □火 □水 □木 □金 □土

※3 同じ曜日に異なる業者を利用することは出来ません。