

様式第1号（第7条関係）

取手市生活支援型配食サービス事業利用申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )

対象者（配食先）	住所 取手市	
	氏名	電話番号
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
希望の理由		
配食希望の日	月 火 水 木 金 希望する曜日を○で囲んでください。	
緊急連絡先	住所	電話番号
	氏名	続柄
	住所	電話番号
	氏名	続柄
介護保険又は 障害状況 (該当する番号 を○で囲んでく ださい。)	1 認定なし 2 認定申請中 3 認定あり 要支援 ( )・要介護 ( ) 4 障害者手帳あり ( 種 級) 5 事業対象者	
担当ケアマネー ジャー	事業所名 電話番号 担当者氏名	
備考		

当該申請の利用の可否の審査に当たり、私の個人情報（住民情報、介護保険情報等）について調査することに同意します。また、利用が決定した場合は、必要な情報を委託事業者を提供することに同意します。

記名（対象者氏名）\_\_\_\_\_