

七尾市食の自立支援サービス利用申請書

七尾市長

年 月 日

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電話 \_\_\_\_\_

食の自立支援サービスの（ 新規 ・ 変更 ）利用を申請します。  
 また、下記の内容を配食サービス事業者等に、情報提供することに同意します。

利用者（申請者）氏名（署名又は記名押印） \_\_\_\_\_

(利用者が記入不能の場合は、申請者の署名又は記名押印)

利用希望事業者							
利用者	住所	七尾市			電話		
	ふりがな 氏名				生年 月日	年 月 日 ( 歳)	
世帯状況	氏 名		生 年 月 日			続 柄	
			明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
			明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
緊急時 連絡先	氏 名		住 所			続 柄	
	電話①			電話②			
利用者の 状況	生活	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	介護状況	<input type="checkbox"/> おおむね自力でできている <input type="checkbox"/> 一部介助をされている					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 障害がある					
		通院している場合 病名 ( ) 医療機関名 ( )					
	配食サービスを要する 理由 (困っている状況)						
福祉・介護サービスの 利用状況		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 利用している ( ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( )					
利用希望	曜日	月	火	水	木	金	土
	種類	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼
希望内容	主食	普通・軟飯・粥・無 その他( )	副食	普通・軟菜・刻み その他( )	減塩	無・有	アレルギー ( )
お支払い について	サービス利用が決定した場合、事業者から利用者様にお支払い方法についてご案内がございます。 <u>利用者様以外の方がご案内を受けられたい場合は</u> 、下記から選択してください。 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(氏名: _____ 住所: _____ Tel: _____)						