

様式第 1 号(第 5 条関係)

会津美里町配食サービス事業利用申請書

年 月 日

会津美里町長

住 所
(申請者)氏 名
電話番号
(利用者との関係：)

会津美里町配食サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

利 用 者	住 所	会津美里町		
	氏 名		電話番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
世 帯 状 況	※該当する方に○を記入 独 居 ・ 高齢者 2 人以上の世帯(下記に世帯員の状況を記入)			
	氏 名	年 齢	利用者との 関係	生 活 の 状 況 (職 業 ・ 介 護 状 況 等)
利 用 日	利用希望曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) 利用開始希望日 年 月 日 ()			
配 食 業 者	高田地域	ウエンディ ・ 丸越 ・ 美里		
	本郷地域	ウエンディ		
	新鶴地域	ウエンディ		
居 宅 介 護 支 援 専 門 員 等 意 見 記 入 欄	記入者所属			
	記入者氏名		電話番号	
	利用者の生活・身体状況等			

(裏面へ続く)

(裏面)

緊 急 時 連 絡 先		
連 絡 先 1	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	
連 絡 先 2	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	
連 絡 先 3	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	

※ 緊急時に、健康ふくし課または配食サービス委託業者等より上記連絡先へ連絡いたします。病院への救急搬送等、親族の判断を要する場合がありますので連絡のとれる親族の方等を最低2名ご記入ください。

同 意 書

会津美里町配食サービス事業利用申請日から廃止日までの間について、必要のある場合は、本申請書に記載された内容等について、警察、消防及び医療各関係機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所並びに民生児童委員等へ提供することに同意いたします。

年 月 日

利用者氏名 _____