## 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。

•	A 17/12.	12 /	C / . T / .	C 1 11/11	072. 17	- \	н	, C 40 )	1 111	0 00	/ 0	
利	氏 名					生月	年日			年	月	日
用	住 所会津美里町											
	電 話 番 号					性	別		男	•	女	
心	要介護認定	□要介	介護(  ) □要支援(				) [	□申請中	i .	□認	定なし	
身の	手 帳 等		手帳			種				級		
状況	障害等											
世	氏		利 用 者 との関係	年齢		生	活 (職 業	の ・介護	状 状 況		況	
帯					<u> </u>							
П1												
員												
利用日	利用希望利用開始希		( 月		火 年	水月		木 ・ 目 (	金	)		
配	高田地域 ウュ		ェンディ ・ 丸越 ・ 氵				 美里					
配食業者	本郷地域 ウェンディ											
者	新鶴地域 ウェンディ											
	*居宅介護支援専門員等意見記入欄											
意												
見												
書												
	(記載者所属	・氏名	・電話									)

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

※ 緊急時に、町役場福祉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。

令和 年 月 日

利用者氏名

Ð