

高齢者等配食サービス利用申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

次のとおり、配食サービスを利用したいので申請します。なお、配食サービスの決定又は利用継続の手續に当たって、担当職員が介護保険情報及び介護保険サービスの利用状況の閲覧を行うことを承諾します。

利用者	氏名	フリガナ		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	摂津市 電話番号 ()		
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
				()
				()
				()
配食の必要な理由				
希望日	週 () 回 月・火・水・木・金 (昼食・夕食)			
申請経路	本人・家族・ケアマネジャー・民生委員・その他 () 氏名			

上記の配食サービスの利用を以下のとおり決定してよろしいですか。

	決 裁 日	課 長	課長代理	係 長	係 員
新規・再調整					
決定内容	新規承認・継続承認・調整後承認 ()・不承認 配食日 週 () 回 月・火・水・木・金				

様 年 月 日
摂津市長 (公印省略)

高齢者等配食サービスの利用決定について (通知)

上記利用者の配食サービスの利用を決定しましたので通知いたします。