

様式第 1 号 (第 6 条関係)

配食サービス事業申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所 甲賀市
氏名

下記により、配食サービスを受けたく申請します。

対象者		電話番号			
住 所			生年月日		
氏 名			年	月	日生
家族の状況					
氏 名	続 柄	生年月日	性 別	健康状態	
居宅介護支援事業所名又は 担当ケアマネジャー氏名					
同意書					
このたび、配食サービス事業申請書を提出しましたが、対象者要件について、甲賀市高 齢福祉課が関係機関に照会することを同意します。					
年 月 日					
対象者氏名					
<input type="checkbox"/> 家族連絡 連絡者名 メモ <input type="checkbox"/> ケアマネ等連絡 連絡者名 メモ サービス担当者会議開催予定 月 日					
交付決定 可 否 年 月 日 開始					

提出先 高齢福祉課高齢支援係