

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	性別	
氏名		年 月 日生	男 女	
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、甲賀市長 寿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 長寿福祉課高齢者支援係