

様式第1号（第4条関係）

長久手市高齢者配食サービス事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 氏 名  
住 所  
電話番号

長久手市高齢者配食サービス事業を利用したいので申請します。また、申請にあたり、以下の内容について同意します。

- 1 市が対象者の介護情報の確認を行うこと
- 2 市が介護情報及び緊急連絡先の情報を市の関係機関及び委託業者に提供すること
- 3 長久手市高齢者配食サービス事業実施要綱を遵守すること

対象者氏名	住所 長久手市	性別	男 ・ 女
	フリガナ 氏名	電話	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生		
要介護度等	事業・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5		
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
昼食／夕食	昼 食 ・ 夕 食	食事内容	
配食業者			
緊急 連絡先1	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急 連絡先2	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
備考			