

「食」の自立支援サービス利用申請書

年 月 日

竹田市長 様

住 所

申請者 氏 名

印

電 話

配食希望者との関係 ()

下記のとおり「食」の自立支援サービスを申請します。

| | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------------|----------------|----|----|-----|-----------------|----------|-----|----|
| 配食を希望する者 | フリガナ | | | | | 生年 | 明治・大正・昭和 | | 性別 |
| | 氏 名 | | | | | 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | |
| | 住 所 自治会 | 竹田市 (自治会:) | | | | 電 話 番 号 | | | |
| | 身体状況 | | | | | | | | |
| 不在の場合 等の協力者 | 1 | | | | | 電 話 | | | |
| | 2 | | | | | 番 号 | | | |
| 配食を希望する理由 | | | | | | | | | |
| 家族の状況 | 氏 名 | 続柄 | 性別 | 年齢 | 同別居 | 備考(健康状態、緊急連絡先等) | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 配食希望回数 | 週__回 (希望する曜日 月、火、水、木、金、土、日) | | | | | | | | |
| その他のサービス利用状況 | 軽度生活支援事業 | | | | 有・無 | (回/週 曜日) | | | |
| | 生きがい活動通所支援事業 | | | | 有・無 | (回/週 曜日) | | | |
| | 介護保険サービス | | | | 有・無 | (回/週 曜日) | | | |
| | | | | | 有・無 | (回/週 曜日) | | | |
| | | | | | 有・無 | (回/週 曜日) | | | |

委任状

私は、当該事務担当者に、税務担当課所有の世帯員の課税情報の提供又は閲覧する権限を委任します。

竹田市長 様

年 月 日

氏名

印

