

須賀川市配食サービス事業利用申請書

令和〇〇年△△月□□日

須賀川市長

申請者 住 所 須賀川市八幡町135

氏 名 八幡太郎

電話番号 (75) 1111

利用者との続柄 (本人)

配食サービス事業を利用したいので、下記の承諾事項に同意し、須賀川市配食サービス事業実施要綱第5条の規定により申請します。

記

対象者	氏名	八幡太郎	男・女	生年月日	昭和〇年△月□日(〇〇歳)	
	住所	須賀川市八幡町135			電話番号	75-1111
					携帯番号	090-1111-1111
申請理由	① ひとり暮らし 2 高齢者世帯 3 ねたきり 4 心身の障害 5 その他 ()					
家族の状況	氏名	年齢	続柄	勤務	先電	話
連絡先	住所	須賀川市中町6-1				
単身のみ	氏名	福祉一郎	続柄	長男	電話	88-8116
主治医	医療機関名	須賀川医院			医師名	須賀川太郎
	住所	須賀川市八幡町135-5			電話	75-1234
連絡事項	健康状態等					
承諾事項						
・安否の確認ができない場合は、市職員等の住宅内への立ち入りを認めます。その際に、住宅の一部に破損が生じても、修復する費用は、私（利用者）が負担します。						
・対象者の住所、氏名、電話番号等を委託業者へ情報提供することを認めます。						
・在宅における生活支援のため、地域包括支援センター、介護支援専門員及び民生委員に申請書の情報を提供することがあることに同意します。						