

配食による高齢者等見守事業利用申請書

令和●年 ●月 ●日

瀬戸内市長 様

申請者 住所 ●●市●●町●● ▲▲番地
氏名 瀬戸内 花子
電話 0869-●●-●●●●

次のとおり、配食による高齢者等見守事業を利用したいので、瀬戸内市配食による高齢者等見守事業実施要綱第7条の規定により申請します。

Application form table with fields: 利用者 (User), 世帯の状況 (Household status), 配達希望曜日 (Delivery day), 申請理由 (Reason for application), 弁当種類 (Meal type), 不在時連絡先 (Absence contact), ケアマネジャー等 (Care manager), 初回配達時立会者 (First delivery witness), 民生委員等氏名 (Welfare committee members), 備考 (Remarks), 同意書 (Consent letter).

必要な曜日すべてにチェックしてください

初回配達時は不在時の置き場所・請求方法など相談します。本人が対応出来る場合のみ立ち会い不要

どちらか選択してください

民生委員に協力してもらう必要がない場合は空欄で構いません

本人が書けない場合は家族名も可(その場合申請者と揃えて下さい)

対象者かどうか判定するための訪問調査があります。