

金沢市配食サービス事業利用申出書

(あて先) 金沢市長

令和 年 月 日

申込者 住所 対象者又はご家族の住所等を記入してください。

氏名 金沢 太郎

電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇

配食サービスの(新規・変更)利用を申し込みます。

なお、下記の内容を配食サービス事業者等に、情報提供することに同意します。

対象者(申込者)の署名又は記名押印をお願いします。 対象者(申込者)氏名(署名又は記名押印) 金沢 太郎
(対象者が認知症等で記入不能の場合は、申込者の署名又は記名押印)

利用希望事業者 〇〇〇〇〇 特に希望される事業者があれば記入してください。

利用者	住所	金沢市 広坂〇丁目〇番〇号		電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	ふりがな	かなざわ たろう		生年	明・大・昭	
	氏名	金沢 太郎		月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日(満 〇〇歳)	
世帯状況	氏名	年齢	続柄	緊急時の電話連絡先		
	金沢 花子	〇〇	妻	Tel 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
				Tel -		
利用者の状況	生活	1. ひとり暮らし <input checked="" type="radio"/> 2. 老夫婦 3. 高齢者のみの世帯 4. 日中ひとり暮らし(人)				
	居室	1. 1階 <input checked="" type="radio"/> 2. 2階 3. 3階以上				
	介護状況	1. おおむね自力でできている。 2. 一部を介助されている。 該当する項目に○印をしてください。				
	身体状況	1. 健康 <input checked="" type="radio"/> 2. 虚弱 3. 認知症 4. 障害 通院している場合 病名 〇〇〇 医療機関名 〇〇〇病院				
	見守りを必要とする理由 (現在困っている状況)	(具体的に記入してください)				
	在宅福祉サービスの利用状況	1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. 利用したことがある() 3. 利用している()				

備考欄(上記以外の緊急連絡先など) 利用開始日 月 日() 昼・夜
(上記以外の緊急連絡先等があれば記入してください)

氏名	住所	続柄	緊急時の連絡先
石川 太郎	〇〇〇〇〇	長男	Tel 〇〇〇 - 〇〇〇〇

以下は記入しないでください。

配食サービス事業者確認欄	担当者	配食可能数 週(食)
	TEL -	昼 (月・火・水・木・金・土・日)
	FAX -	夜 (月・火・水・木・金・土・日)

金沢市地域包括支援センター記入欄	担当センター名	担当者名

窓口受付確認欄	受付場所
	本庁・泉野・元町・駅西