

金沢市配食サービス事業利用申出書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申込者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

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)氏名(署名又は記名押印)

(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					
利用者	住所	金沢市		電話	—
	ふりがな 氏名		生年 月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	
世帯 状況の	氏名	年齢	続柄	緊急時の電話連絡先	
				TEL —	
				TEL —	
利用者の 状況	生活	1. ひとり暮らし 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 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。			
	身体 状況	1. 健康 2. 虚弱 3. 認知症 4. 障害 通院している場合 病名 医療機関名			
	見守りを必要とする理由 (現在困っている状況)				
	在宅福祉サービスの 利用状況		1. なし 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			
氏名	住所	続柄	緊急時の連絡先		
			TEL —		

配食サービス 事業者確認欄	事業者名	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