第４条関係

配食サービス利用申請書

年　　月　　日

岡　垣　町　長　様

申請者（本人又は家族）

住　所

氏　名　　印

（利用者との続柄：　　）

電　話　（　　）　　－

下記のとおり、配食サービスの利用を申請します。なお、申請にあたり対象者の世帯状況、身体状況等の調査及び居宅介護支援事業者に食関連サービス利用調整のため情報開示されることに同意します。

利用者	対象者	氏　名　　男・女（M・T・S　年　月　日生　歳）			
		住　所　岡垣町　　電話　－			
世帯の状況	氏　名	年齢	続柄	備　考	
介護保険	介護保険申請：　なし　あり（　要支援　・要介護　・申請中　） ケアマネージャー名：　ケアマネージャーTEL：				
アレルギー	食物アレルギー：　なし　あり　※食物アレルギーがある場合は、利用できません。				
申請理由					
配食希望	◯で囲んでください。 火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日　・　土曜日 ※　調査の結果によっては、希望曜日（利用回数）の変更となる場合があります。				
備考					

（同意欄）町や民生委員児童委員、自治区、自主防災組織、消防等のほか、災害時に支援活動を行うこととなる個人・団体・機関等に対し、災害時の支援活動や事前対策の検討、防災訓練、福祉活動等のため、本申請書に記載された事項を開示することに同意します。また、本申請書の項目について町や関係機関等が保有する情報についても、記載の有無にかかわらず開示すること及び個別計画を策定し関係機関等に配布することに同意します。

本人氏名　　印　　代筆者氏名　　印