

年 月 日

地域自立生活支援事業(配食サービス)利用申請書

石井町長 殿

申請者 住 所
ふりがな
氏 名
続 柄
電話番号

次のとおりサービスを利用したいので、申請します。

1 利用者

住 所		電話番号	()	—	
ふりがな					
氏 名					
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女

2 家族等の状況(緊急連絡先)

氏名	続柄	生年月日	住所	電話番号	職業	備考
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居

3 配食希望回数(希望の曜日に○を付けて下さい。)

週 回(月・火・水・木・金・土)

4 町民税課税閲覧及び調査・報告に係る同意

決定に際して必要となる課税状況調査及びこの事業に関する対象者の必要最小限度の範囲内における個人情報について、町長が本人、家族及び関係機関に対し調査、取得することに同意します。また、必要に応じてその情報を地域包括支援センター及び在宅介護支援センター等に報告することに同意します。

本人署名