

多

登録台帳)

多度津町長 様

年 月 日

利用者 情報	ふりがな 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住所	〒 - 多度津町				
	手帳等の 状況	☐ 身体障害者手帳(級) ☐ 精神障害者保健福祉手帳(級) ☐ 療育手帳()				
	本人の状況及び調理 困難な具体的理由					
同居の 家族	氏 名	利用者から みた続柄	生 年 月 日		障害や病気、介護の状況 (該当する場合は記載)	
			年 月 日			
			年 月 日			
同居家族 が調理困 難な理由	☐ 同居家族も障害や病気、高齢のため ☐ 仕事や家族介護のため不在にしているため ☐ その他(具体的に:)					
利用者以外の連絡先		別紙のとおり		開始希望日	年 月 日	
希望 宅配業者					月初～15日の申請:翌月1日より 16日～月末の申請:翌月15日以降	
配食希望日 希望する曜日の昼食または 夕食に○して下さい。		月	火	水	木	金
		昼食・夕食	昼食・夕食	昼食・夕食	昼食・夕食	昼食・夕食
備考	宅配業者による事前説明時について ☐ 本人のみ ☐ 本人以外の立会 (氏名: 利用者との関係: 連絡先:)					

上記のとおり、配食サービスの利用を申請します。利用決定に際し、私の所持している障害者手帳の情報、家族の課税状況について調査・確認されること、申請書の写しを実施団体に送付されること、民生委員に情報提供されることに同意します。

利用者	(自書もしくは 記名押印)
申請者 (利用者以 外が申請 する際に 記載)	住所: 氏名: 利用者からみた続柄: 別紙に電話番号を記載しない者は別紙④に記載すること

(※町記入欄)

利用の可否	可・否	認めない理由				
起案年月日	・	係	係長	課長補佐	課長	
決裁年月日	・					
通知年月日	・					

(別紙) 利用者以外の連絡先

1. 連絡先の皆様には、連絡をすることがありますので、以下の点についてお伝えください。
- ①多度津町配食サービスを利用すること
 - ②緊急時や安否確認の際に連絡する可能性があること
2. 連絡先に変更のあった場合は、申し出てください

年 月 日現在

①家族・親族等

ふりがな 氏名	利用者からみた続柄	連絡先 緊急時に連絡のつく電話番号等	優先順位
全てを記載する必要はありませんが、できるだけ多くの方 を記載してください。			

②関係機関

	機関名	連絡先 緊急時に連絡のつく電話番号等
相談支援事業所		
かかりつけ 医療機関		

③民生委員

地区		氏名	
連絡先 緊急時に連絡のつく電話番号等			分からなければ、健康福祉課 へお問い合わせください。

④備考欄