食の自立支援事業利用申請書

年　　月　　日

　　大仙市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　　　住所

氏名

(続柄　　　　　　)

電話番号

　大仙市食の自立支援事業実施要綱第6条に規定する利用者負担額を決定するために、貴職が必要に応じて、対象者及び対象者の同居している家族全員の課税状況及び世帯状況について調査することに同意し、食の自立支援事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 氏名 | □申請者と同じ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | □申請者と同じ | 　 |
| 生年月日 | □明治　□大正　□昭和 | 年　　　月　　　日 |
| 介護認定 | □有(　　　　　)　□無 | 認定日 | 年　　月　　日 |
| 障害者手帳 | □有　　　　　　□無 |
| 申請理由 |  |
| 利用希望日 | □月 | □火 | □水 | □木 | □金 |
| □昼　□夜 | □昼　□夜 | □昼　□夜 | □昼　□夜 | □昼　□夜 |
| 世　帯　の　状　況 |  氏　　　　　　　名 |  続　柄 |  生　年　月　日 |  備　考 |  押　印 |
|  同上 |  本人 |  同上 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 住所□対象者と同じ | 〒 |
| 通知書送付先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |
| 利用者負担金請求先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |

□対象者と同じ

【食の自立支援事業申請チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 |  | 窓口確認欄 |
| □ | おおむね６５歳以上の高齢者のみの世帯ではありません。 | □ |
| □ | 嚥下が困難です（おかゆ・やわらか食・きざみ食等を食べている方）。 | □ |
| □ | 特別食（腎臓食　等）の対象者になっています。 | □ |

＊いずれかの該当欄に☑がつく場合は、対象者とはなりません。判断が難しい場合は各包括支援センターにご相談ください。

お問い合わせ先一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高齢者包括支援センター | 大仙市大曲花園町１－１ | ０１８７-６３-１１１１ |
| 高齢者包括支援センター東部 | 大仙市北長野字茶畑１４１ | ０１８７-５６-７１２５ |
| 高齢者包括支援センター西部 | 大仙市刈和野字本町５ | ０１８７-８７-３９７０ |
| 高齢者包括支援センター南部 | 大仙市大曲通町１－１４（大仙市健康福祉会館３階） | ０１８７-８８-８０３０ |
| 高齢者包括支援センター協和 | 大仙市協和境字野田４ | ０１８-８９２-３８３８ |