

様式第1号(第4条関係)

配食サービス事業利用申請書

年 月 日

大仙市長 様

〒
申請者 住 所 _____
氏 名 _____
(続柄 _____)
電話番号 _____

大仙市配食サービス事業実施要綱第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、配食サービス事業の利用を申請します。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
	介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	認 定 日	年 月 日	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
申 請 理 由					
利 用 希 望 日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
世帯の状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考	押 印
	同上	本人	同上		

裏面へ

連絡先 緊急	氏名		続柄		電話番号	
	住所	〒				
送付先 通知書	氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	続柄		電話番号	
	住所	〒				
利用者負担金 請求先	氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	続柄		電話番号	
	住所	〒				

【配食サービス事業申請チェックリスト】

チェック欄		窓口 確認欄
<input type="checkbox"/>	自動車等を保有しており、食品を自分で確保することが可能です。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	おおむね65歳以上の高齢者のみの世帯ではありません。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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）。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	特別食（腎臓病食、糖尿病食 等）の対象者になっています。	<input type="checkbox"/>

*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。

申請先一覧

高齢者包括支援センター	大仙市大曲花園町1-1	0187-63-1111
◎各地域の申請は支所市民サービス課へ		
神岡支所	市民サービス課 大仙市神宮寺字蓮沼16番地3	☎0187-72-2111
西仙北支所	市民サービス課 大仙市刈和野字本町5番地	☎0187-75-1111
中仙支所	市民サービス課 大仙市北長野字茶畑141番地	☎0187-56-2111
協和支所	市民サービス課 大仙市協和境字野田4番地	☎018-892-2111
南外支所	市民サービス課 大仙市南外字下袋218番地	☎0187-74-2111
仙北支所	市民サービス課 大仙市高梨字田茂木10番地	☎0187-63-3003
太田支所	市民サービス課 大仙市太田町太田字新田田尻3番地4	☎0187-88-1111