様式第１（第５条関係）

高齢者給食サービス利用兼変更申請書

（ 新規 ・ 回数変更 ・ 曜日変更 ・ 給食業者変更）

※新規・回数変更・曜日変更の場合は、高齢者給食サービスの利用に関するアセスメント票（様式第２）の添付が必要です。
※申請は、利用の開始、又は内容の変更をしようとする日の１０日前までにしてください。
※給食業者変更の申請は、給食業者を変更する月の前月２０日までにしてください。
※週６・７回利用（土・日）の場合は理由書の添付が必要です。

安城市長

高齢者給食サービスにつき次のとおり申請します。また、申請に係る事務のため、申請者及び同一世帯員に係る住民基本台帳の閲覧について承諾し、要介護認定に係る情報及びこの申請により届け出た情報について、警察、消防その他の関係機関及び給食業者に対して提供することに同意します。

	申請日	年　月　日		
申請者（利用者）	住　所	安城市　町 電話（　）　－		
	ふりがな			
	氏　名	（※） **※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。**		
	生年月日	年　月　日生（　歳）	性別	男・女・回答しない
対象要件	**調理が困難な理由**			
	利用区分（該当の□にレ印を付けてください。） □６５歳以上のひとり暮らしの者 □７０歳以上の者のみの世帯 □ ６５歳以上のみの世帯で障害者又は要介護者のいる世帯 □ 日中、６５歳以上の独居となる世帯又は７０歳以上の者のみとなる世帯 □ その他（　）			
緊急連絡先①（本人不在時連絡先）	氏名	続柄	電話 携帯	
	住所			
緊急連絡先②	氏名	続柄	電話 携帯	
	住所			
給食業者				
利用開始日	年　月　日（　）から　※申請日から１０日目以降の利用日			
希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	土 ・ 日		
土・日利用の理由 ※詳細は別紙理由書	**※土・日利用は週６・７回利用者のみ可**			
回数・曜日の変更内容	週　回から　回へ　現在利用日→ 月・火・水・木・金・土・日			

アセスメント担当者	事業所名	担当者（緊急連絡先③）
		電話
特記事項	連絡すべき事項等	