

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

始良市「食」の自立支援サービス利用申請書

始良市「食」の自立支援サービスを利用したいので、申請します。

対 象 者	氏 名					自 宅 電話番号			
	生年月日	年 月 日 (歳)				性別	男・女		
	住 所	始良市				自 治 会			
緊急時の 連絡先	第 一 連 絡 先	氏名 住所				利用者との関係 電話番号			
	第 二 連 絡 先	氏名 住所				利用者との関係 電話番号			
家 族 の 状 況	氏 名	年 齢	性 別	続 柄	同・別居	住 所	電 話 番 号		
					同・別				
					同・別				
					同・別				
					同・別				
利 用 希 望	年 月 日から <input type="checkbox"/> 月曜日～土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝祭日								
	曜 日	月	火	水	木	金	土	日	祝
	昼 食								
	夕 食								
申 請 の 理 由									
備 考									

年 月 日

同 意 書

始良市長 殿

住所
氏名

始良市「食」の自立支援サービス事業を利用するに当たり、下記の事項について同意します。

記

- 1 この申請に関して、本人及び世帯の所得等を調査すること。
- 2 サービス等の提供の実施中に、契約者の病状の急変及び緊急事態が生じたときは、速やかに主治医・家族に連絡する等の措置をするが、連絡が取れない場合は状況に応じて必要な措置を行うこと。
- 3 上記2の結果生じた住居等の損害等について、その責任を問わないこと。