

鹿児島市長 殿

申請者 住所  
氏名 (続柄 )  
電話

鹿児島市心をつなぐ訪問給食事業利用申請書

鹿児島市心をつなぐ訪問給食事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、訪問給食の利用を申請します。

【世帯の状況】

利用希望者	氏名	生年月日	年齢	続柄	要介護度	備考
		年 月 日				
		年 月 日				
同居者		年 月 日				
住所				電話 ( )		

※住所及び電話番号は申請者と利用希望者が異なる場合のみ記入してください。

【緊急連絡先】

氏名	関係	住所	電話

【配食の際の注意点】

<p>1. 配食の際の注意点があれば、記入してください。 例：耳が聞こえにくいので、大きな声での声かけが必要である。 等 ( )</p> <p>2. アレルギー食及び特別食等による個別対応が 必要ない 必要である→ 利用対象者となりません</p>
---

【配食の回数等】（希望を記入してください。）

昼食	回数	週回	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
夕食	回数は週6回のみ		条件1：昼食の希望回数が週6回 条件2：昼食の希望回数と他のサービスの回数との合計が週6回				希望する 希望しない	
※夕食は右の条件1又は条件2に該当する方のみ記入してください。								
配食の方法	1 事業受託法人から直接配食 2 訪問給食協力グループ等により配食（グループ名： )							

同意書

訪問給食事業の利用に際し、状況の把握及び利用料の決定において、介護認定資料、住民税課税資料及び生活保護受給資料の閲覧に同意します。

(利用希望者) 署名又は記名押印

(利用希望者) 署名又は記名押印