

様式第1号(第4条関係)

葛城市在宅高齢者食の栄養改善・自立支援事業利用申請書

申請日記入

令和●●年●●月●●日

葛城市長 様

本人、家族、本人・家族から
依頼を受けたケアマネジャ
ー・民生委員等

申請者 住所 葛城市○○○丁目1番地1号
氏名 葛城 一郎
利用者との続柄(本人)
電話番号 0745-00-0000

次のとおり在宅高齢者食の栄養改善・自立支援事業を利用したいので申請します。

| | | | | | | |
|---------|--|-------------------|----|--------|------|----|
| 利用者 | ふりがな | かつらぎいちろう 葛城 一郎 | 性別 | 男 女 | 生年月日 | 年齢 |
| | 住所 | 葛城市○○○丁目1番地1号 | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 氏名 | 続柄 | 年齢 |
| | 利用者と同居の方(世帯分離を含む)の情報を記入 | | | | | |
| 希望する日 | 月 火 水 木 金 (週 3 回) (希望する曜日を○で囲んでください。) | | | | | |
| 必要とする理由 | 調理、食材の調達ができない理由を具体的に記入してください | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※ ご夫婦利用の場合、2枚必要です

承諾書 兼 誓約書

このたび、在宅高齢者配食サービスの利用の申請に際し、利用者と世帯の構成員について、世帯の住民情報に関する調査を、市が行うことを承諾します。

また、利用が決定された折には、サービスの利用方法を遵守すること、及び、支払いを滞納しないことを約束します。また、不可抗力による事故の発生及び、安否確認のための家屋への立ち入りを実施した場合につきまして、葛城市並びに事業者に対し、一切の異議申し立てをいたしません。

申請日記入

令和 ●●年●●月●●日

葛城市長 阿古 和彦 様

利用申請書の申請者が記入

申請者 住所

氏名

利用者 住所

氏名

記入は利用者のみ。自署できない場合は代筆可。
(代筆の場合は代筆者氏名と続柄を余白に記入すること)