

嘉手納町長 殿

申請者 住 所

氏 名

（対象者との関係： ）

電話番号

高齢者等食の自立支援事業利用申請書

次のとおり、高齢者等食の自立支援事業の利用を申請します。

| | | | | |
|------------------------|---|----------|-------|-----|
| 対象者 | 氏名： | 性別： | 生年月日： | |
| | 電話番号： | 年 月 日生 歳 | | |
| | 住所： | | | |
| | (区) | | | |
| 介護認定： 無 有 () ケアマネジャー： | | | | |
| 申請理由 | | | | |
| 希望日数 | 週 日 (月 火 水 木 金 土) | | | |
| 区分 | <input type="checkbox"/> 普通食（アレルギー食） <input type="checkbox"/> 特別食（糖尿食・透析食・腎食・ムース食） | | | |
| 世帯状況 (対象者以外) | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 備 考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【事業の円滑な実施にかかる同意事項】

- ① 審査の際に、町長が対象者及びその世帯員の住民基本台帳、障害手帳の有無、介護保険の状況を確認することに同意します。
- ② 町長が、高齢者等食の自立支援事業実態調査票(様式第3号)の内容(新規・変更等・再調査)について、嘉手納町高齢者等食の自立支援事業実施規則第2条の規定により委託した者に対し、情報提供することに同意します。
- ③ 配達の際に、配達員が対象者宅の敷地内に立ち入ることに同意します。

対象者氏名： _____

代筆者氏名： _____

対象者との関係(_____)