川越町ひとり暮らし老人等配食サービス申請書

年　　月　　日

　　　川越町長　様

　次のとおり川越町ひとり暮らし老人等配食サービスの利用を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 続　柄 |  | |
| 氏　名 | |  | |
| 電話番号 |  | |
| 住　所 | |  | | | | |
| 利用者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | 年 　月 　日生( 歳) | |
| 氏　名 | | □申請者と同じ | |
| 電話番号 | □申請者と同じ | |
| 住　所 | | □申請者と同じ  川越町大字 | | | | |
| 緊急連絡先  (利用者以外) | ① | □申請者と同じ | | | | | |
| ② | フリガナ | |  | 利用者との関係 | |  |
| 氏　名 | |  |
| 電話番号 |  | |
| 住　所 | |  | | | |
| ③ | フリガナ | |  | 利用者との関係 | |  |
| 氏　名 | |  |
| 電話番号 |  | |
| 住　所 | |  | | | |
| 申請理由 | □ひとり暮らし老人（近隣に扶養義務者がないこと。）  □傷病等により食事の調理が困難な老人のみの世帯に属する老人  　（近隣に扶養義務者がないこと。） | | | | | | |
| 特記事項 | ・主　食　　〔　普通・軟飯・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  ・副　食　　〔　普通・腎食・糖尿病・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）〕  ・アレルギー〔　有 ・ 無　（アレルギー種類：　　　　　　　　　　　　　　　）〕 | | | | | | |
| 私は、この申請にあたり以下の全ての項目に同意します。  （１）川越町がこの申請に係る事務を行うため、私の住民基本台帳情報、税情報その他必要な個人情報を調査、照会、閲覧すること。  （２）上記の申請情報を委託事業者（社会福祉法人川越町社会福祉協議会）に提供すること。  （３）上記の申請情報を安否確認および見守り等の目的で、川越町地域包括支援センター、川越町民生委員児童委員、その他の支援関係者に提供すること。  本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人自署または記名・捺印） | | | | | | | |