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） |