様式第１号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 支所長 | 係員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会長　様

申込者　住　所　魚沼市

氏　名　　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号　　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄　 本人・家族・(　　　　)

ふれあい配食サービス事業利用申込書

◆サービスの利用を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 　　　　　　　　　男 ・ 女生年月日 大正昭和　 年　　月　　日 (　　 歳)　 |
| 利用者氏　名 | ※申込者と同一の場合は記載不要 |
| 住　所 | 　魚沼市 | 電話番号　　　　－ |
| 利用開始希 望 日 | 　令和　　年　　月　　日 |
| 利用の対象者 | 高齢や障害等により心身に不安をかかえ、安否確認や見守りが必要な状態で、市内に住所を有し在宅で生活をしており、下記の一つに該当する方 |
| 該当事由 | * ひとり暮らしの高齢者
* おおむね７０歳以上の高齢者のみの世帯
* 日中ひとりで見守りが必要な高齢者
* 日中ひとりで見守りが必要な障害者
* その他の世帯（ 　　　　　　　　　　　　 ）
 |
| 家族状況 | 氏　　　　名 | 続柄 | 住　所(別居の場合) | 緊急時連絡先 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

＊サービスが必要な理由を記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| 民生委員児童委員の意見 | □ 利用希望者は、高齢により買い物・調理が困難である。□ 利用希望者は、心身が不全の状態にあり、買い物・調理が困難である。□ 同居の方が、日中仕事等で不在であり、買い物・調理が困難である。□ 同居の方が、心身が不全の状態にあり、買い物・調理が困難である。※補足理由記入欄 |
| 担当民生委員児童委員 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |