

課長	係長	係・支所	担当

年 月 日

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会長 様

ふれあい配食サービス事業利用申請書

ふれあい配食サービスを利用したいので申請します。また、利用に伴い、関係機関等と情報共有することに同意します。

(フリガナ) 氏 名		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (年齢 歳)
住 所	〒 魚沼市				
電話番号					

利用の 対象者	安否確認や見守りが必要な状態で、以下のいずれかに該当する方
該当事由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> おおむね70歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 日中ひとりで見守りが必要な高齢者 <input type="checkbox"/> 日中ひとりで見守りが必要な障害者 <input type="checkbox"/> その他の世帯 ()

	フリガナ 氏 名	続 柄	住 所	電話番号
緊急連絡先				
備 考	(請求書送付先の指定等)			

民生委員 確認	<input type="checkbox"/> 済 (月 日)	確認方法	訪問 ・ 来所 ・ 電話 ・ メール
民生委員名			