

別紙様式 1

配食サービス事業利用登録申請書

年 月 日

室戸市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、配食サービスの利用を受けたいので申請します。

1 利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (満 歳)  
住 所 室戸市 \_\_\_\_\_

2 緊急連絡先 ①氏名 \_\_\_\_\_ ②氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
利用者との関係 \_\_\_\_\_ 利用者との関係 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

3 相談機関(居宅介護支援事業所・包括支援センター等)  
事業所名 \_\_\_\_\_  
担当者 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

4 配食希望日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 3 月 3 1 日 ( . 曜日)  
※ 1 2 月 2 9 日 ~ 1 月 3 日の間は除く。

5 1食の自己負担額 400円(弁当) / 250円(おかずのみ)  
※ 5、6は、どちらかに○をしてください。

6 おかずについて 揚げ物 有 / 無 肉料理 有 / 無

7 世帯の状況

区 分	1 単身世帯	2 高齢者世帯	3 その他	
家族の状況	氏 名	性 別	年 齢	住 所
1 世帯主				
2				

※前日までにキャンセルのご連絡のない場合、当日の急なキャンセル、またはご不在の場合は料金を請求させていただきます。

※配達日に利用者と連絡が取れない場合は緊急連絡先に連絡させていただきます。  
また、当日 17 時までにご利用者、緊急連絡先に連絡がとれない場合は、安否確認等のため必要に応じて判断し、関係機関へ連絡させていただきます。