

年 月 日

（宛先）小金井市長

【食の自立支援事業】

受付番号

高齢者配食サービス利用申込書

※ 申込者と利用者が異なる場合のみ、記入してください。

申込者 住 所
氏 名
電話番号

高齢者配食サービスの利用を下記のとおり申し込みます。なお、利用要件の確認のため下記項目について市の公簿等で確認すること及び小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、見守り支援が必要なときは関係機関に情報を提供することに同意します。また、食の自立を支援するため、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者又は関係者等から情報を得ることについても同意します。

記

利 用 者	住 所	電話番号			
	ふりがな 氏 名	生 年 月 日		年 齢	
		年 月 日		歳	
区 分	<input type="checkbox"/> ひとりぐらし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5				
希望する理由					

市 民 税 課 税 状 況		<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯			
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	同居別居	住 所	電話番号
備 考					

※ この申込書項目は、電子計算組織に登録されます。