

課長	補佐	係長	係員	担当者

下記のとおり決裁し、承認してよろしいか伺います。

様式第1号（第4条関係）

## 介護予防及び生活支援事業利用申請書

平成 年 月 日

門川町長 安田 修 殿

住 所 門川町

氏 名

(電話番号

印

介護予防及び生活支援事業のサービスを利用したいので申請します。

利用対象者	住 所	門川町			
	氏 名		性別	男・女	
	生年月日	(明・大・昭)	年 月 日	歳	
内 容	配食サービス	( 昼食・夕食 ) 月 火 水 木 金 土 日 1. 弁当 (400 円 / 1 食) 2. おかずのみ (350 円 / 1 食) 週 ( ) 食			
申請理由	(※具体的にご記入ください。)				
同居家族 又は 緊急連絡先	氏 名	続柄	年齢	性別	職業 (緊急時の連絡先等)
備 考					担当者名
					電話番号
					事業所名

※この事業は、在宅の高齢者等に対して配食サービス事業を提供することにより、バランスのとれた食生活を確保し、健康増進と介護予防に資することを目的としています。

対象の方は、①町内に住所を有する方で、おおむね65歳以上の独り暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する方で調理等が困難な方、②身体障害者であって、心身の障害、疾病等の理由により調理等が困難な方です。

①配食サービスを受ける必要がなくなったとき、②対象者の定める要件に該当しなくなったとき、③その他町長が不適当と認めたときは、必ず変更・廃止の届出をしてください。