様式第２号（第11条関係）

年 月 日

日田市長

（申請者）

代 行 者

所属

電話番号

配食サービス利用（変更・更新）申請書

日田市食の自立支援事業について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | | □新規　　　　□変更　　　□更新 | | | 登録番号 | | |  | | | | |
| 利　用　者 | (ふりがな)  氏　　名 |  | | | 生年月日 | | | 年 月 日生 | | | | |
| 住所 | 〒 　　-　　　　　　　日田市  電　　話　：　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　ＦＡＸ　：　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　） ・ 要介護（　　）  事業対象者 | 認定  有効期間 | | | 年　　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 身体障害 | 福祉手帳(　　　)級 　　種別(　身体 ・ 精神 ・ 知的　) | | | | | | | | | | |
| 利　　用　　日 | | | 月 | 火 | | 水 | | | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 事　　業　　所 | | |  | | | | | | | | | |
| 利用（変更）  希望年月日 | | 年　　　月　　　日以降 | | 変更事由  (変更の場合のみ) | | | | |  | | | |
| 緊　急　連　絡　先 | 第　１  通報先 | 氏名 | | | | | 利用者との関係（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 住所 | | | | | ℡　　　　　　　　 （　　　　　　） | | | | | |
| 第　２  通報先 | 氏名 | | | | | 利用者との関係（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 住所 | | | | | ℡　　　　　　　　 （　　　　　　） | | | | | |
| 開始時の  連絡先 | | 氏名 | | | | | 利用者との関係（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 住所 | | | | | ℡　　　　　　　　 （　　　　　　） | | | | | |
| **※緊急連絡先については、近隣の方や親族等、確実に連絡がとれる方をご記入ください。** | | | | | | | | | | | | |
| 私は、日田市食の自立支援事業を利用するため必要と認める時は、この申請書及び配食サービス利用調整結果票（第１号様式）その他添付資料の記載内容を、サービス提供事業者に提供することに同意します｡  利用者氏名 | | | | | | | | | | | | |

様式第１０号（第1４条関係）

年 月 日

日田市長　様

（申請者）

代 行 者

所属

電話番号

配食サービス利用廃止届

次のとおり、日田市食の自立支援事業を廃止したいので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 登録番号 |  |
| 住所 | 〒 | 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日以降 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者  （包括・居宅） | 事業所名 | 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| 廃止事由 | 該当するものを○で囲んでください。  １．　死亡  ２．　市外へ転居  ３．　施設等への入所  ４.　 病院への入院  ５．　利用対象者に該当しなくなった  ６．　その他  　　　具体的に　： | | |