

年 月 日

みよし市長 様

申請者（利用者）は、以下の事項に同意の上、申請してください。

〈同意事項〉事業の実施、利用者の実態把握及び安否確認のため、みよし市、地域包括支援センター、配食事業者及び民生委員等で情報を共有することに同意します。

申請者 (利用者)	フリガナ 氏名		年 月 日生 (満 歳)	
	住所 みよし市 (電話 :)			
事前訪問 連絡先	☐ 利用者本人			
	☐ その他 名前 (続柄 :) 住所 (電話 :)			
通知文書 等送付先	☐ 利用者本人 ☐ 事前訪問連絡先と同じ			
	☐ その他 名前 (続柄 :) 住所 (電話 :)			
特記事項				
緊急 連絡先	氏名	利用者との 続柄	住所 電話(自宅・会社・携帯)	
	氏名	利用者との 続柄	住所 電話(自宅・会社・携帯)	
対象者	☐ (1) 65 歳以上のひとり暮らしの者 ☐ (2) 65 歳以上のみの世帯に属する者 ☐ (3) 前 2 号に準ずる者			
配食 事業者名		利用開始 希望日	年 月 日	
受付	地域包括支援センター名		担当者名	
	☐ 申請者（利用者）の同意を確認しました。			

備考

- 1 申請日と太枠の中のみ記入してください。
- 2 特記事項欄は、病気、身体的状況、食事に関する制限等について記入してください。
- 3 緊急連絡先は、本人以外の連絡先を記入してください。