

嘉手納町長 殿

申請者 住 所

氏 名

（対象者との関係： ）

電話番号

高齢者等食の自立支援事業利用申請書

次のとおり、高齢者等食の自立支援事業の利用を申請します。

対象者	氏名：	性別：	生年月日：	
	電話番号：	年 月 日生 歳		
	住所：			
	(区)			
介護認定： 無 有 () ケアマネジャー：				
申請理由				
希望日数	週 日 (月 火 水 木 金 土)			
区分	<input type="checkbox"/> 普通食（アレルギー食） <input type="checkbox"/> 特別食（糖尿食・透析食・腎食・ムース食）			
世帯状況 (対象者以外)	氏 名	続柄	生年月日	備 考

【事業の円滑な実施にかかる同意事項】

- ① 審査の際に、町長が対象者及びその世帯員の住民基本台帳、障害手帳の有無、介護保険の状況を確認することに同意します。
- ② 町長が、高齢者等食の自立支援事業実態調査票(様式第3号)の内容(新規・変更等・再調査)について、嘉手納町高齢者等食の自立支援事業実施規則第2条の規定により委託した者に対し、情報提供することに同意します。
- ③ 配達の際に、配達員が対象者宅の敷地内に立ち入ることに同意します。

対象者氏名： _____

代筆者氏名： _____

対象者との関係(_____)