

宮古島市長 様

申請者：住 所：宮古島市

氏 名： 印

続 柄： TEL：

食の自立支援事業利用（変更）申請書

食の自立支援サービスを利用（変更）したいので、次のとおり申請します。  
 また、利用申請にあたり、利用者、家族等の課税状況等について、高齢者支援課職員が必要に応じて関係資料を調査、閲覧することに同意します。

利 用 者	住 所	宮古島市 (TEL — )						
	氏 名	年 月 日生 ( 歳)						
身 体 状 況	疾 病	有 (疾病名： ) ・ 無						
	医師からの注意事項							
世 帯 の 状 況	1.一人暮らし 2.高齢者のみの世帯 3.その他 ( )							
介 護 認 定 の 状 況	認定なし・事業対象者・要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)							
ケアマネージャー	有 (事業所名： ) ・ 無							
希望するサービスの内容等	回数/週	曜日 ※ 祝祭日の配達はありません。						
	回	日	月	火	水	木	金	土
制限食の状況	有 (詳しく)							
	無							
サービスを希望(変更)する理由	身体的状況	-----						
	家庭の状況	-----						

【個人情報提供同意欄】

今回の申請に対し、サービス利用が決定した場合、宮古島市がサービスを提供する実施事業者に対し、本申請内容に係る個人情報の提供を行うことに同意します。

サービス利用者本人  印 代筆者氏名  印(続柄 )

※ サービス利用者本人の署名が困難な場合は、代筆者欄に記載者の氏名、押印、本人との関係を記載して下さい。