

年 月 日

長岡京市長 様

申請者（住所）

（氏名）

印

（電話番号）

（利用者との続柄）

長岡京市高齢者配食サービス事業利用申請書

長岡京市高齢者配食サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、決定に際し必要とされる下記利用者の世帯構成、要介護認定状況について、住民基本台帳、介護保険受給者台帳により確認されることを了承します。

| | | | |
|-----|---------|--|-------|
| 利用者 | 区分 | 1 独居 2 高齢者世帯 3 その他（ ） | |
| | （ふりがな） | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市 （電話 ） | |
| | 要介護認定等 | 要介護（1・2・3・4・5） 要支援（1・2） 総合事業対象者 | |
| | 契約した事業者 | | |
| | 利用開始希望日 | 年 月 日（曜日） （希望曜日：月・火・水・木・金・土・日） | |
| | 緊急連絡先 | 氏名（利用者との関係） 住所 電話番号 | |

※添付書類：配食サービスを提供する指定事業者との契約書（受注書、請書等）の写し
ケース相談記録票兼利用者基本情報

(裏)

同 意 書

私は、長岡京市高齢者配食サービス事業に関する実施要綱第9条の規定に基づき、
下記に該当するときは、利用解除されることに同意します。

- (1) 申請が虚偽又は不正な手段により行われたとき
- (2) 長岡京市高齢者配食サービス事業を利用しなくなったとき
- (3) 利用者が死亡又は、長岡京市から転出したとき
- (4) 利用者が施設に入所したとき
- (5) 第4条の規定による資格要件に該当しなくなったとき
- (6) 指定事業者との契約を解除したとき

年 月 日

長岡京市長 様

申 請 者 印