

年 月 日

長岡京市長 様

申請者（住所）
（氏名）
（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