

受付日 年 月 日

個人番号

※社会福祉協議会記入

様式第1号

配食サービス申込書

(あて先)

松山市社会福祉協議会会長

(ふりがな) 利用者氏名						男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日	
住 所	松山市 (マンション名等)					電話 番号	自宅	
							携帯	
緊急連絡先	氏名					利用者との 続柄		
	住所 (マンション名等)					電話 番号	自宅	
					携帯			
世 帯 区 分	独居高齢者・高齢者世帯・障がい者世帯・その他 ()							
本人世帯状況	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親(人) <input type="checkbox"/> 兄弟(人) <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> その他(人) 合計 人 (本人含む※本人以外で別世帯の方は記入必要無し)							
身 体 状 況								
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 栄養食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 調理ができない <input type="checkbox"/> その他 () ※当てはまるものすべてにチェックし、その理由を具体的に記入してください。							
代理申請者名 及び事業所名						電話		
希望曜日 ※1日1食のみ 昼・夜のいずれ かに○印をお付 け下さい	月	火	水	木	金	土	日	※配達時間
	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜	昼 ・ 夜
希望配食業者 (1社のみ)	<input type="checkbox"/> まごころ弁当松山中央店 <input type="checkbox"/> シンセイフード <input type="checkbox"/> 宅配クック123 <input type="checkbox"/> まごころ弁当松山北店 <input type="checkbox"/> 風早キッチン <input type="checkbox"/> お弁当の四季 <input type="checkbox"/> 配食のふれ愛松山南店 <input type="checkbox"/> 配食のふれ愛松山本店 <input type="checkbox"/> 配食のふれ愛伊予松山店 <input type="checkbox"/> ヒロ(中島本島のみ)							

民生委員 確認	氏 名	印
------------	-----	---

※緊急連絡先は、市内や近隣市町に在住で緊急時にすぐ安否確認が可能な方をお願いします。

なお、配偶者等が同居し安否確認が可能な場合は、緊急連絡先に記入いただいてかまいません。どうしても近隣にいない場合は介護支援事業所等のケアマネにご相談ください。

※希望配食業者については、あらかじめ配達可能か業者とご相談の上、ご記入ください。