受付番号

配食サービス利用申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

春日井市配食登録事業者

　　　　　　様

　次のとおり貴事業者が実施する配食サービスを申し込みます。

　なお、配食サービスの申し込みにあたっては、別紙「春日井市配食サービス利用助成ご利用に当たっての注意事項」の内容に従って実施されることに異議等はありません。

１　申込者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　　春日井市 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 氏名1 |  | | | 氏名2 |  | | |
| カナ氏名 |  | | | カナ氏名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | |
| 年　齢 |  | 性　別 | 男・女 | 年　齢 |  | 性　別 | 男・女 |

２　緊急連絡先

常時、連絡がとれる連絡先を記入してください。（必ずご記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 電話番号 | 自宅：  携帯： |
| 関　係 |  | 住　所 | 〒　　　　－ | |
| 氏　名 |  | | 電話番号 | 自宅：  携帯： |
| 関　係 |  | 住　所 | 〒　　　　－ | |

※下欄は、担当の居宅介護支援事業所がある方のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| ケアマネジャー |  |
| 連絡先 |  |

３　特記事項

特筆すべき事項がある場合、その内容を記入してください。

（身体の状況、配食時の注意事項、デイサービスやデイケア等の利用による不在日等）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

４　申込内容店舗

別紙「事業者一覧表」を参照のうえ、ご希望の事業者を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者 | A（さくら）　　・　　B（１・２・３）　　・　　C（まごころ）　　・　　D（ふれ愛）  E（ライフデリ）　　・　　F（ワタミ） 　・　 G（ワサビノトナリ) 　・　H（おかって倖）　　　　I（医療給食）　　・　　J（宅食ライフ春日井店） |

利用者ごとに、利用曜日等の各項目を○で囲んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者１ | 利用曜日  昼食・夕食の別  （１日１食・合計週５回まで） | **昼食** | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| **夕食** | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 祝日の要・不要 | 祝日も必要　・　祝日は不要 | | | | | |
| 弁当の種類 | １・２・３・４・５・６・７・８・９ | | | | | |
| ごはん要望 | 普通　・　やわらか　・　おかゆ　・　なし | | | | | |
| おかず要望 | 普通　・　一口大　・　きざみ | | | | | |
| 利用者２ | 利用曜日  昼食・夕食の別  （１日１食・合計週５回まで） | **昼食** | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| **夕食** | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 祝日の要・不要 | 祝日も必要　・　祝日は不要 | | | | | |
| 弁当の種類 | １・２・３・４・５・６・７・８・９ | | | | | |
| ごはん要望 | 普通　・　やわらか　・　おかゆ　・　なし | | | | | |
| おかず要望 | 普通　・　一口大　・　きざみ | | | | | |

　配食サービスの申し込みに当たり、上記の内容を確認いたしました。

　　　　　　　　　　　　　　　　申込代表者氏名