

配食サービス利用助成申請書

年 月 日

（宛先） 春日井市長

次のとおり配食サービスの利用助成を申請します。

| | | | | | | |
|---|------|-------------|------|-------------|--|--|
| 申請者(対象者) | 住 所 | (〒 -) 春日井市 | | 電話 - | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 性 別 | | 年 齢 | 歳 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| 性 別 | | 年 齢 | 歳 | | | |
| <p>私は、次の1の事項については選択した登録配食事業者に委任し、2及び3の事項については承諾します。</p> <p>1 配食サービスに係る助成金の請求及び受領に関すること。</p> <p>2 本申請によって得られた個人情報に関係者が共有すること。</p> <p>3 本利用助成申請の可否を審査するため、要介護認定等に係る情報提供に同意すること。</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 _____ 印</p> | | | | | | |

※下欄は対象者以外の方が代行して申請を行う場合にご記入ください。

| | | | | | |
|-------|------------------|---|--|------|--|
| 申請代行者 | 住 所 | (〒 -) | | 電話 - | |
| | 氏 名 又は 名 称 | 該当に○(1居宅介護支援事業者・2地域包括支援センター・3親族()・4その他()) | | | |

記入例

第1号様式（第5条関係）

受付番号 _____

配食サービス利用助成申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

次のとおり配食サービスの利用助成を申請します。

| | | | | | | | |
|----------|------|----------------------------|----|------|-------|-------|---|
| 申請者(対象者) | 住所 | (〒 -) 春日井市 | | 電話 | - | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名 | 申請者(対象者)の住所等必要事項を記入してください。 | | | | 月 | 日 |
| | 性別 | | 年齢 | 歳 | | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 性別 | | 年齢 | 歳 | | | | |

私は、次の1の事項については選択した登録配食事業者に委任し、2及び3の事項については承諾します。

- 1 配食サービスに係る助成金の請求及び受領に関すること。
- 2 本申請によって得られた個人情報を関係者が共有すること。
- 3 本利用助成申請の可否を審査するため、要介護認定等に係る情報提供に同意すること。

上記の1~3の事項をお読みいただき、各対象者の署名及び押印をしてください。

対象者氏名 _____ 印

対象者氏名 _____ 印

※下欄は対象者以外の方が代行して申請を行う場合にご記入ください。

| | | | | | |
|-------|----------------|---------|--------------------------------|--|---|
| 申請代行者 | 住所 | (〒 -) | | | |
| | 氏名 又は 名称 | 該当に○(1居 | 対象者以外の方が申請を行う場合には、こちらもご記入ください。 | | - |