

配食サービス利用助成申請書

令和〇年 〇月 〇日

(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 〇〇町〇丁目〇		
	電話番号	12-3456		
	フリガナ	ヤマダ ハナコ	生年月日	明・大・昭 〇年 9月 〇日
	氏名	山田 花子		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			

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。

- 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。
- 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。
- 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。

※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	春日井市〇〇町〇番地〇	電話 98 - 7654
	氏名 又は 名称	該当に〇〇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() 〇〇居宅介護支援事業所	