

令和〇年〇月〇日

春日井市配食登録事業者

さくら配食サービス 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あたっての注意・確認事項」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	〒123-4567 春日井市 〇〇町〇丁目〇						
電話番号	12 - 3456						
氏名 1	山田 花子			氏名 2			
カナ氏名	ヤマダ ハナコ			カナ氏名			
生年月日	明・大・ 昭 〇年 9月 〇日			生年月日	明・大・ 昭 年 月 日		
年 齢	81	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	田中 春子		電話番号	自宅：12-1234 携帯：090-1234-5678			
関 係	長女	住 所	〒321-7654 春日井市△△町△丁目△				
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	〇〇居宅介護支援事業所
ケアマネジャー	佐藤
連絡先	33-3333

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)

立ち上がりに時間がかかり、歩行もゆっくりのため、チャイムが鳴ってから玄関先に出てくるまでに時間がかかります。

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 (朋優ライフ) ・ F (ライフデリ) ・ G (ワタミ)
	H (ワサビトナリ) ・ I (おかって倖) ・ J (医療給食)

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。

自署

申込代表者氏名

山田 花子