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 |
| 電話番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 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。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。 |
| ※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 | 該当に〇（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（　　　　　　　　）） |