

様式第 1 （第 4 条関係）

半田市高齢者配食サービス事業利用申請書

年 月 日

半 田 市 長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり高齢者配食サービスを利用したいので申請します。

対 象 者	☐ 申請者と同じ			
	フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所	〒 ー 半田市	電話 番号	
緊 急 連 絡 先	☐ 申請者と同じ			
	フリガナ 氏名		続柄	
	住所	〒 ー	電話 番号	
配食内容		希望曜日 （ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ） 希望内容 （ 通常食 ・ 特別食 ）		

同 意 欄	1. 対象者の住民登録状況、介護保険の認定に係る調査内容、各種障がい手帳の取得状況等について確認することに同意します。 2. 市が申請時等において取得した緊急連絡先等の個人情報について、関係機関等に提供することに同意します。
	関係機関等 配食サービス事業所、半田市包括支援センター、介護サービス提供事業所、半田市障がい者相談支援センター、医療機関、行政機関及びその他関係機関 対象者氏名