

宅配食事サービス利用申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

住所
氏名
電話番号
利用者との続柄

宅配食事サービスを利用したいので、利用者である私の世帯の住民記録・介護・その他の情報について、市が保有する情報を閲覧することに同意した上、次の通り申請します。
また、利用者である私の住所、氏名、電話番号の情報を委託業者に提供することに同意します。

対象者	ふりがな			生年 月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名			電話 番号		
	住所					
	介護保険等	要介護度 （ ）	身体障害者手帳 （ 級）			
食 事	宅配希望曜日	週 回 （ 月 火 水 木 金 土 日 ）を希望します。 ※希望する曜日に○をつけてください。				
	アレルギー等					
協 力 員	順 位	氏 名	続 柄	電 話 番 号	住 所	備 考
	1					
	2					
親 族 連絡先						
居宅支援 事業所			CM			
備 考						