

様式第 1 号（第 4 条関係）

宅配食事サービス利用申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

次のとおり申請します。

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					
緊急連絡先※	順位	氏名	続柄	電話番号	住所	備考
	1					
	2					
親族連絡先						
居宅介護支援事業所等	（名称） （所在地） （電話番号） （担当者氏名）					
備考						

※ 「緊急連絡先」欄には、利用者本人が不在等により宅配食事サービスを受け取れない場合に、利用者の安否確認に協力いただける方を最低 1 人以上記入してください。

代理申請時記入欄※	フリガナ			対象者との続柄
	氏名			
	住所	電話番号		
	本人委任欄	私は、宅配食事サービスの利用申請を上記の者に委任します。 （対象者名）		

※ 自筆による署名又は記名押印をお願いします。対象者本人が申請する場合は記入不要です。