

(申請先)

横浜市

福祉保健センター長

(利用者氏名)

申請者氏名

住所

電話番号

代行者

代行理由

### 食事サービス利用（変更・更新）申請書

横浜市高齢者食事サービスについて次のとおり申請します。

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新							
利用者	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日生			
	住所	区	電話：( )	FAX：( )				
	要介護度	要支援( )・要介護( )	認定有効期間	年	月	日～年	月	日
	身体障害	身体障害者手帳( )級	自立支援給付支給期間	年	月	日～年	月	日
利用希望日	事業者名	月	火	水	木	金	土	日
※曜日には昼・夜の別をご記入ください。								
利用・変更希望日	年	月	日以降	変更事由 (変更した場合その箇所)				
緊急連絡先	第1通報先	氏名	利用者との関係					
		住所	Tel					
	第2通報先	氏名	利用者との関係					
	住所	Tel						
第3通報先	氏名	利用者との関係						
	住所	Tel						

※緊急連絡先については、近隣の方や親族等確実に連絡がとれる方をご記入ください。

**【同意事項】**

食事サービス事業を利用するにあたって必要な範囲で、介護保険の資格の認定及び給付の状況について横浜市が確認し、又、本申請書及び調整結果票の記載内容について委託事業者へ提供することに同意します。