

記入例

○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 高松市長

高松市配食見守りサービス事業利用申請書

高松市配食見守りサービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。
 なお、課税状況について地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されること、介護認定情報及び生活状況(※)について調査されること並びにこの申請書の記載内容を高松市民生委員及び私の希望した登録事業者に提供することに同意します。

申請者	住所	高松市番町一丁目8番15号			
	フリガナ氏名	タカマツ	タロウ	高松	
	日	昭和20年1月5日	電話番号	839-2346	
		<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らしの者 <input type="checkbox"/> 65歳以上の者のみの世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 他の世帯員が重度の障害者である等、一人暮らしの者又は65歳以上の者のみで構成された世帯の世帯員に準ずる者			
	利用希望事業者名	※8者の中からお選びください			
緊急連絡先	住所	高松市牟礼町牟礼302	電話番号	845-2111	
	氏名	高松 花子	続柄	長女	
世帯の状況(住民票情報を含む。)のほか、当該世帯の調理又は買い物の可能性などの状況をいいます。					
証 明 書					
市内に住所を有する一人暮らしの者又は高齢者のみの世帯に属する者(他の世帯員が重度の障害者である等、一人暮らしの者又は65歳以上の者のみで構成された世帯の世帯員に準ずる者を含む。)で、かつ、食事の支援及び安否確認の必要な者であることを証明します。					
○年 ○月 ○日					
証 明	<input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 所属	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 老人介護支援センター職員 高松市社会福祉協議会			
	氏名	香川 健太郎			
					個人印 香川

世帯分離していても同一住所に家族等が住んでいる場合は原則対象外。

原則市内の方で、何かあった時にすぐに来てもらえる方。家族・親族がいない場合は、友人・民生委員・ケアマネでも可。

※上記の者のうちのいずれかの者に証明を受けてください。