

配食サービス利用助成金支給認定申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者は利用者本人又はご家族(ケアマネ不可)  
自筆で記入してください。代筆の場合は押印してください。

住所 ふじみ野市福岡1-1-1  
申請者 氏名 ふじみ野 一郎  
(利用者との関係) 長男  
電話番号 049(261)2611

ふじみ野市配食サービス利用助成金交付要綱による認定を下記のとおり申請します。なお、この申請に伴う内容の確認について、関係台帳等の閲覧を承諾します。

記

フリガナ	フジミノ ハナコ		住所	ふじみ野市大井中央1-1-1	
利用者氏名	ふじみ野 花子				
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	〇〇歳	電話番号	049(261)2811	
世帯状況 ※利用者以外の方のお名前をお書きください。	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> その他(要介護2の夫と二人暮らし)				
	氏名	続柄	生年月日		
	ふじみ野 太郎	夫	昭和〇〇年〇月〇日		
区分 (介護保険等認定状況)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者		<input type="checkbox"/> 障害者		
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1 2 ③ 4 5		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1・2級		
	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2		<input type="checkbox"/> 療育手帳 ① A		
	<input type="checkbox"/> 事業対象者				
利用希望回数	週 10 回(別紙実施計画のとおり)				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・電話番号		
	ふじみ野 一郎	長男	ふじみ野市福岡1-1-1 電話番号 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
			電話番号 ( )		

利用希望回数を超過しての助成はできません。生活状況の変化等により回数を追加したい場合は市役所へ連絡してください。

緊急連絡先がない場合は市役所へ相談してください。