

## 鎌倉市配食サービス利用申請書（新規）

（宛先）鎌倉市長

年 月 日

**注：太枠の中は申請者がご記入ください**

次のとおり、配食サービス利用の申請をします。

この申請を審査するにあたり、住民登録・収入・課税・要介護認定等の個人情報利用と、次の取次担当者を通じて介護サービスの利用や心身・生活等の状況について実態調査を行うことに同意します。また、これらの情報が配食サービス実施関係者に提供されることに同意します。なお、この申請にあたっては私（申請者）以外の次の関係者からも同様の同意を得ています。

申請者 (事前調整者) <small>※注意 ケアマネジャーは 申請者には なれません。</small>	住所	〒					
	フリガナ			電話番号			
	氏名	(申請者自署または記名押印)		携帯			
	対象者からみた続柄						
対象者 (高齢者)	住所	鎌倉市					
	フリガナ			電話番号			
	氏名			携帯			
		生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	要介護認定	未申請・自立・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）					
緊急時の 連絡先	住所						
	フリガナ			電話番号			
	氏名			携帯			
	対象者からみた関係						
希望する ・配食業者 ・食事形態	配食業者名（希望業者に <input checked="" type="checkbox"/> )			食事形態（○を記入してください）			
	<input type="checkbox"/> キッチンかまくら	普通食	やわらか食	ミキサー食	普通食 (塩分調整)	やわらか食 (塩分調整)	
	<input type="checkbox"/> 宅配クック1・2・3	普通食	やわらか食	カロリー 塩分調整食	たんぱく 塩分調整食	ムース食・ トロミ食	健康 ボリューム食
	<input type="checkbox"/> 配食のふれ愛	普通食	カロリー 調整食	たんぱく 調整食	ムース食		
	<input type="checkbox"/> 和の会	普通食					
	<input type="checkbox"/> ライフデリ鎌倉店	普通食	やわらか食	カロリー 調整食	ムース食	透析食	腎臓食
利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土						

取 次 担 当 者	居宅介護 支援事業所	a	包括名		
	a 事業所名	b			
	b 電話	c			
c ケアマネ名		担当名（                      ）			
				→	鎌倉市受付印