

甲良町配食サービス事業利用変更届

年 月 日

甲良町長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	対象者との関係	
	電話番号	

甲良町配食サービスの利用について、次のとおり変更したいので申請します。

1. 転居による住所変更
2. 入院や施設入所などの理由による利用停止
3. 配食業者の変更
4. 配食希望曜日の変更
5. その他( )

利用者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日			
住 所	犬上郡甲良町大字			電話番号				
要介護認定	要支援・要介護( ) なし(自立・虚弱・障害有)		ケア マネージャー	所属 氏名				
障害等認定	級							
世帯の状況	ひとり暮らし世帯、高齢者世帯、昼間高齢者世帯 老衰、心身の障害、傷病等の理由による世帯( )							
希望業者名				配食内容	ご飯 ( 有 ・ 無 )			
曜日を 変更する場合 (希望日に○)		月	火	水	木	金	土	変更日
	昼食							年 月 日
	夕食							
緊急 連絡 先	氏名		続柄		電話		住所	