

（「食」の自立支援事業）

福山市配食サービス利用変更（廃止）申請書

2024年(令和6年)4月1日以降はこちらの様式を利用してください

年 月 日

福山市長様

申請者  本人申請  代行申請

住所

名前

電話

対象者との続柄

次のとおり、「食」の自立支援事業に係る配食サービスの利用について、内容の  変更  廃止 を申請します。

1. 対象者情報

申請区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援認定者	<input type="checkbox"/> 要介護認定者	<input type="checkbox"/> 障がい者
対象者	フリガナ		電話番号	( ) -
	名前			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住所	福山市 町 丁目 番 号 番地		
地域包括支援センター名	(居宅等が代行申請を行う場合も記入してください。)			

2. 変更内容

変更内容	変更前(回/週)	変更後(回/週)
	回数	月(昼・夕)火(昼・夕)水(昼・夕)木(昼・夕) 金(昼・夕)土(昼・夕)日(昼・夕)
	※昼食・夕食のどちらかに、週5日まで利用可能。	
事業者名		
その他	<input type="checkbox"/> 住所変更(担当包括の変更) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の変更 <input type="checkbox"/> その他	
変更希望日	年 月 日 から変更	
※事業者の変更は1週間程度かかります。	【事業者へ事前確認】 変更内容 <input type="checkbox"/> 済	
変更理由	(具体的に)	
※対象者要件を満たしていることが前提です。		

3. 廃止内容

廃止希望日	年 月 日 まで利用
廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 本人申出 <input type="checkbox"/> 親族と同居 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 利用期間終了 <input type="checkbox"/> 障がい要件非該当 <input type="checkbox"/> その他( )

4. 送付先

市からの通知の送付先	送付先に☑をしてください。 ※チェックが無い場合は、対象者本人へ送付します。 <input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先1( ) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先2( ) <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---