

(「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

記入例

2024 年 7 月 1 日

福山市長様

申請者 本人申請 代行申請

住所 福山市〇〇町〇番〇号

名前 (事業所名) 福山田 ローラ

電話 (080) 000-0000

対象者との続柄 担当ケアマネ

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 checked="" 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 フクヤマ タロウ	
	名前 福山 太郎	電話番号 (084) 000-0000
	生年月日 S10 年 2 月 3 日	年齢 88 歳
	住所 福山市 東桜 町 丁目 3 番 5 号 番地	
地域包括支援センター名	地域包括支援センター〇〇 (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)
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。	年 月 日 から変更 【事業者へ事前確認】 変更内容 <input checked="" type="checkbox"/> 済

3. 廃止内容

廃止希望日	2023 年 7 月 10 日 まで利用
廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 本人申出 <input checked="" type="checkbox"/> 親族との同居 <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 checked="" 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()
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------