様式第１号（第９条関係）

地域支援事業利用申請書

年　　月　　日

日南市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　日南市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（区名：　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　－

地域支援事業サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | | 氏名 |  | | | | | | 性別 | | 男・女 |
| 生年月日 | （大・昭）　　年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－  日南市 | | | | | 電話 | | ― | |
| 要介護認定  申　請　等 | | １　認定結果　　自立・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）  ２　認定申請中  ３　認定申請をしていない | | | | | | | | | |
| 利用を希望するサービスに○をしてください。（「食」の自立支援・訪問型介護予防配食） | | | | | | | | | | | |
| 配食内容 | 昼食：　　月・火・水・木・金・土  夜食：　　月・火・水・木・金・土  食数：　　週　　　　　食 | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | | | | |
| 同居家族  又は  緊急連絡先 | | 氏　　　　　名 | | 続柄 | 年齢 | 性別 | 緊急連絡先（居住地） | | | | |
|  | |  | 歳 | 男・女 | （　　　　） | | | | |
|  | |  | 歳 | 男・女 | （　　　　） | | | | |
|  | |  | 歳 | 男・女 | （　　　　） | | | | |
|  | |  | 歳 | 男・女 | （　　　　） | | | | |

様式第２号（第10条関係）

地域支援事業利用（決定・否決・変更）通知書

年　　　月　　日

　様

日南市長　　　　　　　　印

　このことについて、下記のとおり（決定・否決・変更）しましたので、通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | | 氏名 |  | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | （大・昭）　年　　月　　日　　　　　　　（　　　歳　） | | | |
| 住所 |  | 電話 | － | |
| 決定の内容　（　「食」の自立支援　・　訪問型介護予防配食　） | | | | | | |
| 配食曜日 | 昼　食：　　月・火・水・木・金・土  夜　食：　　月・火・水・木・金・土  （週　　　食）  負担金：　　　　　　円／食  委託先：  　　年　　月　　日(　)より開始 | | | | | |
| その他 |  | | | | | |
| 【否決の理由】 | | | | | | |

様式第３号（第11条関係）

地域支援事業利用変更申請書

年　　月　　日

日南市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　日南市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（区名：　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　－

地域支援事業サービスの利用内容を変更したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | | 氏名 | |  | | | | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | | （大・昭）　　　　年　　月　　日　　　　　（　　　歳） | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　－  日南市 | | | | | 電話 | ― |
| 要介護認定  申　請　等 | | １　認定結果　　自立・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）  ２　認定申請中  ３　認定申請をしていない | | | | | | | | |
| 変更を希望するサービスに○をしてください。（「食」の自立支援・訪問型介護予防配食） | | | | | | | | | | |
| 変更内容 |  | | 変更前 | | | | 変更後 | | | |
| 配食曜日 | | 昼食：　　月・火・水・木・金・土  夜食：　　月・火・水・木・金・土  食数：　　週　　　　　食 | | | | 昼食：月・火・水・木・金・土  夜食：月・火・水・木・金・土  食数：　　週　　　　　食 | | | |
| その他 | |  | | | |  | | | |
| 変更理由等 | | |  | | | | | | | |
| 同居家族  又は  緊急連絡先 | | | 氏　　　　名 | | 続　柄 | 年　齢 | | 性　別 | 緊急連絡先（居住地） | |
|  | |  | 歳 | | 男・女 | （　　　） | |
|  | |  | 歳 | | 男・女 | （　　　） | |
|  | |  | 歳 | | 男・女 | （　　　） | |
|  | |  | 歳 | | 男・女 | （　　　） | |

様式第４号（第12条関係）

地域支援事業利用中止届出書

年　　月　　日

日南市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（区名：　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　－

地域支援事業サービスの利用を中止したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | （大・昭）　　　年　　月　　日　　（　　　歳） | | |
| 住所 | 〒　　　－  日南市 | 電話 | ― |
| 中　止　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 利用を中止したいサービス | | １　「食」の自立支援  ２　訪問型介護予防配食 | | |
| 中止したい理由 | |  | | |

様式第５号（第13条関係）

地域支援事業利用（中止・停止）通知書

年　月　日

　様

日南市長　　　　　　　印

　このことについて、下記のとおり（中止・停止）しましたので、通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | （大・昭）　　　年　　月　　日　　　　　（　　歳） | | |
| 住所 | 〒　　　－ | 電話 | － |
| （中止・停止）年月日 | | 年　月　　日 | | |
| （中止・停止）するサービス | | １　「食」の自立支援  ２　訪問型介護予防配食 | | |
| （中止・停止）理由 | |  | | |