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 |  |