

## 第1号様式（第4条関係）

## 配食サービス費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号 ( ) -  
利用者との続柄 ( )

助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業の利用に当たっては、焼津市及び登録事業者の指示に従うこと及び焼津市が登録事業者に申請書に記載されている情報を提供することに同意します。

利用者	住 所		焼津市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	電話番号 ( ) -		携帯番号 - -				
	①	フリガナ			身体 の 状 況	要介護 認定	無 ・ 有 (要介護度： )
		氏 名				指定居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名 (担当者： )	
		生年月日	年 月 日 ( 歳 )			障害者 手帳	無 ・ 有 (種別及び等級： )
		開始希望日	年 月 日から				
		希望の曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金				
		希望事業者					
		食事の種類	普通・高機能 ( )				
	②	フリガナ			身体 の 状 況	要介護 認定	無 ・ 有 (要介護度： )
		氏 名				指定居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名 (担当者： )	
		生年月日	年 月 日 ( 歳 )			障害者 手帳	無 ・ 有 (種別及び等級： )
		開始希望日	年 月 日から				
		希望の曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金				
希望事業者							
食事の種類		普通・高機能 ( )					
世帯の状況		独居 ・ その他 ( )					
緊急 連絡 先	1	住 所				電話 番号	( ) -
		氏 名		続柄			昼間 ( ) -
	2	住 所				電話 番号	( ) -
		氏 名		続柄			昼間 ( ) -

# 委 任 状

年 月 日

委任者 住 所

氏 名

(署名または記名押印)

私は、焼津市ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業実施要綱第 7 条第 3 項の規定に基づき下記の者を代理人と定め、権限を委任いたします。

記

代理人 住 所

(登録配食事業者名) 氏 名

委任事項

- 1 ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業実績報告書兼請求書に関すること。
- 2 ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業助成金の受領に関すること。

委任期間

年 月 日～ 受給終了まで