

## 島本町在宅給食サービス利用者情報変更届出書

年 月 日

島本町長 様

フリガナ

届出者

氏 名

住 所

電 話

利用者との続柄（ ）

島本町在宅給食サービスの利用者情報に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

なお、この届出書に記載した内容について、島本町在宅給食サービスの委託事業者に提供することに同意します。

### 【利用者】

フリガナ		性 別		明治・大正・昭和・西暦
氏 名		男・女	生年月日	年 月 日

### 【変更内容】（変更があった項目のみご記入ください。）

利 用 者	住 所	島本町		
	電 話	(自宅)	(携帯)	
対 象 者 区 分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし重度障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 重度障害者のみの世帯			
要 介 護 認 定 等	<input type="checkbox"/> 要介護（5・4・3・2・1） <input type="checkbox"/> 要支援（2・1） 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリストによる判定を実施した結果、事業の対象者と認められた者）			
障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1・2）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1）級			

※【緊急連絡先等】の変更は、裏面にご記入ください。

(裏面)

### 【緊急連絡先等の変更】

◆緊急連絡先（1～3は優先順）（変更があった項目のみご記入ください。）

1	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				
2	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				
3	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)		
(携帯)				

◆担当ケアマネジャー（変更があった項目のみご記入ください。）

フリガナ	
氏名	
所属事業所	
電話	