**「食」の自立支援サービス配食事業者変更報告書**

　　年　　月　　日

高岡市長　あて

（申請者）

　住　所

　氏　名

電話番号

　下記のとおり　　　　　年　　月から下記の通り配食事業者変更を報告します。また、高岡市「食」の自立支援サービス事業を利用するにあたり、高岡市長寿福祉課が配食事業者に対し、下記情報を提供することに同意します。

※該当するものに☑してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用事業者 | 変更後 | 変更前 |
|  |  |
| 利用開始日 | 　　　　　年　　　　月　　１　日　の　（　□昼食　・　□夕食　） |
| 利用者区分 | * 要支援認定者・事業対象者　　□　要介護認定者　　□　緊急的利用者
 |
| 世帯区分 | * ひとり暮らし　　□　高齢者のみ
 |
| 利用者 | 住所 | 高岡市 | 電話 |
| フリガナ |  | 生年月日　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 利用希望曜日（１日１食に限る） |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 昼食 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 夕食 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 利用日が祝日の場合の配達対応 | * 希望する　　□　希望しない
 |
| 利用希望食 | * 普通食　　□　高齢者食（　□きざみ食　・　□粥食　）
* 塩分カロリー調整食
 |
| 同居世帯状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 連絡先及び電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急時の連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号（自宅又は携帯） |
| 住所 | 電話番号（職場） |
| 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所 | 事業所名及び担当者氏名 | 電話番号 |