（様式第１号）

　　年　　　月　　日

小浜市配食サービス利用申請書

小　浜　市　長　様

　　 〒　　　　－

住所

利　用　氏名

申請者　電話

小浜市配食サービスを利用したいので下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | 住　　所  〒　　　　－ |  | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 電話 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） | | | | |
| 利用者以外の  連絡先 | 氏　　名 |  | 続柄 |  | 電話 |  |
| 配食希望曜日等 （月～金曜日） | | ※昼食か夕食に○をしてください   1. 毎週　　　　　曜日　　　　　　　　昼食　　・　　夕食 2. 毎週　　　　　曜日　　　　　　　　昼食　　・　　夕食   **※週２回希望されていても課税か非課税か確認した後、週1回の場合がありますので予めご了承ください。** | | | | |

**※配食サービス申請にあたり、以下の事項を確約します。**

１． 配食されたものについては１時間以内に食します。

２． 万一、１時間を過ぎて食し、体に異変が起こった場合、小浜市および委託業者に対し、いかなる賠償責任も求めません。

３． また、事前に了解した配食内容（料理内容）に異議はとなえず、配達された段階で、利用者負担金３４０円の支払いに同意します。

４． 事前に指定された配達時間帯については、必ず家に在宅することとし、万一、不在の場合に受取できなくとも利用者負担金は支払います。

５． 提供した個人情報については、配食サービスの実施に必要な範囲で利用・提供することに同意します。

**裏面も記載あります→**

※民生委員またはケアマネジャーの証明

上記の方は、小浜市配食サービス事業実施要綱第３条に定める対象者として確認します。

民生委員またはケアマネジャー　氏名

**・アレルギーのある方は記載をお願いいたします。**

　　なし　・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**・食べられない物がある方は記載をお願いいたします。**

　　なし　・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**・月初めの献立表を希望する方は〇をしてください。**

　　希望する　　・　　希望しない

**・普通食以外のお弁当の種類を希望される方は番号に〇をしてください。**

　１．たんぱく調整食（１食たんぱく質が１０ｇ以下）

　２．カロリー調整食（１食おかずのみで２４０kcal前後、塩分２ｇ程度）

　３．ムース食（食べ物を嚙むことや、飲み込むことが困難な方）

　４．きざみ食（おかずが細かく、きざんである）

　５．一口大のおかず

　６．ご飯をおかゆに変更