

株式会社まんぞく介護  
配食サービス利用申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、配食サービスを利用をしたいので、申込みます。

氏名	印	被保険者番号	0	0	0	0													
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女													
住所	〒 電話番号 ( )																		
現在受けている要介護認定等	要支援1・2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5																		
	認定有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										認定年月日 平成 年 月 日								
担当CM	事業所名										担当CM名			連絡先					
利用開始希望日	平成 年 月 日から																		
配食をする曜日・時間帯	月・火・水・木・金・土 曜日										その他 ( )								
その他のサービス利用時の確認事項	配食内容 (アレルギー?好き嫌い?)																		
	アレルギー 有・無																		
	不在時の弁当の受け渡し場所																		
	安否確認方法																		
	手渡し確認 電話連絡 その他																		
	緊急連絡先 (不在時や安否確認できなかった場合の連絡先)																		
氏名 続き柄 ( )																			
住所 連絡先																			
自己負担分支払方法 (原則引き落とし)																			
その他																			