

(宛先)岡崎市長

日中独居高齢者見守り配食サービス家族状況申出書・更新申請書

この申請に必要な対象者若しくは世帯員の介護保険料の所得段階及びその他決定に必要な資料を調査することに同意します。

申請日 令和 年 月 日

対象者氏名	住所	岡崎市			身体状況	要介護( )、その他( )	
	氏名		生年月日	T・S 年 月 日	介護保険料(所得段階)	第 1・2・3・4・5 段階	

同居の家族は、下記のとおりです。

同居家族	世帯員の状況(平成 年 月 日現在)							備考
	対象者からみた続柄	氏名	生年月日	年齢	勤務先・学校名 / 所在地	就労・在学時間 / 帰宅時間	勤務日に	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の所在地(市外の場合 市・町 まで)	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の住所	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の住所	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の住所	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の住所	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	
			T S H 年 月 日		勤務先又は学校の住所	: ~ : 帰宅時間 :	月・火・水 木・金・土・日	

\* 住民基本台帳上で同一世帯であることが確認できない場合は、見守り配食サービスの対象外となります。