

自立支援・配食ネットワーク事業 変更連絡票

(太枠内記入)

申請日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
介護保険 被保険者番号		電話番号	
世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	要介護度	要介護
住所	〒 町田市		
居宅介護 支援事業所		ケアマネジャー	

※居宅介護支援事業所と契約をしていない場合は、担当の高齢者支援センターをご記入ください。

ケアマネジャーは下記を確認し、全て☑してから申請してください。

- 下記の留意事項を確認しました。
- あらかじめ配食事業所と連絡を取り、調整をしてから本申請を記入しました。
- 「自立支援・配食ネットワーク情報提供票」(第2号様式)を添付しました。
- 「居宅サービス計画書(第3表)週間サービス計画書」の写しを添付しました。

変更事由	変更前	変更後	変更日
<input type="checkbox"/> 配食事業所の変更			※市の承認 日以降
<input type="checkbox"/> 配食回数の変更			
<input type="checkbox"/> 曜日、昼食・夕食の変更			
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所の変更			月 日
<input type="checkbox"/> 利用者の住所(市内転居)・ 電話番号の変更			
<input type="checkbox"/> 申請者(通知の送付先)の 変更※			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

※本件に関する通知は、原則利用申請書に記載のある申請者へ行います。

配食事業所への連絡	配食事業所名			
	連絡日	月 日	担当者	

<留意事項>

- ・通所サービス(デイサービス等)と同日の利用及び訪問サービスと同時間帯の利用はできません。
- ・配食事業所、回数、曜日、昼食・夕食の変更は、市の承認日以降となります。

市記入欄