第５号様式（第７条関係）

配食サービス助成利用変更変　　更廃　　止申請書

年　　　月　　　日

いわき市　　　　　　　　　地区保健福祉センター所長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

※太枠のみ記入し、□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 利用状況 | | 登録  事業者名 |  | | |
| 食数 | 週　　　　食 | | |
| 曜日及び時間帯 | □月　　□火　　□水　　□木　　□金　　□土　　□日 | | |
| □昼　　□昼　　□昼　　□昼　　□昼　　□昼　　□昼  □夕　　□夕　　□夕　　□夕　　□夕　　□夕　　□夕 | | |
| 変更年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 変更の  内容 | 変更事項 | | □　食数・曜日　　　　□　その他（　　　　　　　） | | |
| 変更前 | |  | | |
| 変更後 | |  | | |
| 変更の理由 | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 起案日 | 年　　月　　日 | | | 決裁日 | 年　　月　　日 | |
| 変更可否 | □　変更可  □　変更不可 | | | 決定区分 | □ 高齢者配食サービス  □ 障がい者配食サービス | |
| 所長 | 次長 | 係長 | 係　　員 | | | 起　案　者 |
|  |  |  |  | | |  |