

前橋市高齢者支援見守り配食事業利用変更申請書  
(ケアプラン再作成なし)

申請日 令和 年 月 日

(あて先) 前橋市長

前橋市高齢者支援配食サービスの利用変更について、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱【第6条】の規定により申請します。

## 1 利用者

※市記入欄	段階	状態区分	
※市記入欄	滞納	配食期間	年 月 日 まで
被保険者番号			
フリガナ			
氏名	生年月日	昭和	年 月 日
住所	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 前橋市		
決定通知送付先 ※本人以外を希望の場合	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		

希望の場合 変更のある項目に☑をし、変更内容を記入（1～3は決定通知書は発行されませぬ）

1 住所	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇								
2 電話番号									
3 ケアプラン担当	名称								
	住所								
	電話番号	-	-	ケアプラン担当者					
4 配食サービス利用内容 (配食事業者変更含む)	配食事業者名								
	配食サービスの利用曜日について、変更前と変更後をそれぞれ○を付けてください								
		月	火	水	木	金	土	日	計
	変更前	昼食							
	変更後	昼食							
		夕食							
		夕食							
<input type="checkbox"/> 【見守り】 から 【低栄養】 へ変更 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ BMIが18.5以上20.0未満の場合： 減少前の体重 _____ kg ( _____ 年 _____ 月) ※ ケアプランの再作成が伴う場合は「様式第1号(第4条関係)高齢者支援配食サービス利用申請書」の申請となります。									
確認事項	<input type="checkbox"/> 業者へ連絡済 <input type="checkbox"/> 変更後も配食サービスの利用要件を満たしている								

3 変更理由 (必須) ※申請理由が適正でない場合、申請を却下する場合があります。

変更理由								
変更開始希望日	令和	年	月	日	※11日以降の変更申請は翌月1日からの変更になります。 ※配食事業者を月の途中から変更することはできません。			

申請書の提出者 (地域包括支援センター、ランチ又は居宅介護支援事業者)

名称				ケアプラン担当者			
所在地				電話番号	- -		

※審査の結果、申請内容どおりの決定とならない場合があります。別紙の留意事項も必ずご確認ください。