様式第3号（第9条関係）

**宇美町栄養改善配食サービス変更申請書**

　　　年　　　月　　　日

宇美町長　殿

（届　出　者）

住　所

氏　名　　　　　　 　　　 　 　（続柄　　　 　）

電話番号

下記のとおり、宇美町栄養改善配食サービスの変更を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　 　月　　 日 |
| 住　所 | 宇美町 | 電話番号 |  |

変更内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 変　　　更　　　前 | | | | | | | | 変　　　更　　　後 | | | | | | | |
|  | 食事の内容 | □ 治療食 （糖尿病食　腎臓病食　減塩食  ）  □ 介護食 （きざみ食　ミキサー食 　　　　　）  □ 低栄養対応食 （ 　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | □ 治療食 （糖尿病食　腎臓病食　減塩食  ）  □ 介護食 （きざみ食　ミキサー食 　　　　　）  □ 低栄養対応食 （ 　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ※医師の指示等 | | | | | | | | ※医師の指示等 | | | | | | | |
|  | 1週間当たりの回数 | □ ３回  □ ５回 （要介護１・２）  □ ７回 （要介護３以上） | | | | | | | | □ ３回  □ ５回 （要介護１・２）  □ ７回 （要介護３以上） | | | | | | | |
|  | 曜日・  時間帯 |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 昼 |  |  |  |  |  |  |  | 昼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |  |  |  | 夕 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 事業者 |  | | | | | | | |  | | | | | | | |

※ 変更を希望する項目の左端の欄に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後の開始日 | 年　　　月　　　日 |