

【発行年月日】

【郵便番号】

【担当店住所】

【担当店名】 様

足立区長 近藤 弥生

区長印

高齢者配食サービス支援事業依頼書

下記の者は、貴店の高齢者配食サービス支援事業対象者に決定しましたので、よろしく願いいたします。

記

認定番号:【認定番号】

氏名:【利用者氏名】

生年月日:【利用者生年月日】

住所:【利用者住所】

電話番号:【利用者電話番号】

利用開始月:【利用開始年月日】

(問合せ先)

120-8510

足立区中央本町一丁目17番1号

足立区高齢者地域包括ケア推進課在宅支援係

電話 03-3880-5257(直通)

【発行年月日】

【郵便番号】

【担当店住所】

【担当店名】 様

足立区長 近藤 弥生

区長印

高齢者配食サービス支援事業取消通知書

下記のとおり、高齢者配食サービス支援事業対象者の取消しを依頼します。

記

認定番号:【認定番号】

氏名:【利用者氏名】

住所:【利用者住所】

電話番号:【利用者電話番号】

取消日:【喪失年月日または変更新年月日】

(問合せ先)

120-8510

足立区中央本町一丁目17番1号

足立区高齢者地域包括ケア推進課在宅支援係

電話 03-3880-5257(直通)

店名：【担当店名】配食状況一覧

【対象年月】

[illegible]

事業者コード： 事業者コード

事業者名： 事業者名

点線部に必要事項を記載の上、ご提出ください

配食確認票

認定番号： 認定番号

利用者名： 利用者名

バーコード：
【認定番号＋西暦年＋月
＋事業者コードのバーコード】

年（西暦）	且
西暦年	月

私は、確認欄のとおり配食サービスを受けました。

①

年 月 日

利用者印

利用者署名または記名押印

日	曜日	確認欄		日	曜日	確認欄	
		昼	夜			昼	夜
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		
日付	曜日			日付	曜日		

② 配食実績件数

③ 件

事業者コード： ④

別紙 4 - 2

事業者名： ⑤

配食確認票

認定番号： ⑥

利用者名： ⑦

AI-OCRによる読取りによって処理をするため、レイアウトの変更、行の削除、幅の調整などお控えいただきますようお願いいたします。

提出時に記載いただく内容については、資料をご確認ください。

年（西暦） 月

⑧

⑨

私は、確認欄のとおり配食サービスを受けました。

①年 月 日

利用者署名または記名押印

利用者印

①	
---	--

日	曜日	確認欄		日	曜日	確認欄	
		昼	夜			昼	夜
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8	②、⑩	⑪		24	②、⑩	⑪	
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

配食実績件数

③

件

請 求 書

¥ _____ . ー (税込)

(内訳) 円 × 件 (名分)

(支払金の内容) 高齢者配食サービス支援事業実施経費

上記金額を請求します。

年 月 日

(提 出 先)
足 立 区 長

所在地 _____

事業者名

代表者役職・氏名 _____ (印)

支払金口座振替依頼書

振込先金融機関		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 本店 支店 出張所
振 込 口 座	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄 (○で囲む)
	口座番号	
	フリガナ	
	名 義	

今回（今後）私が請求する 高齢者配食サービス支援事業 の支払金は
上記の口座に振り込んでください。

年 月 日

（提出先）
足 立 区 長

所在地

振込依頼人 事業者名

代表者役職・氏名 印

（注）個人名義または別法人の口座に振り込むときは、別途、委任状が必要です。
請求書と同じ印を本書に押印してください。
てください。