様式第1号(第7条関係)

配食による高齢者等見守事業利用申請書

**令和●**年　**●**月　　**●**日

　瀬戸内市長　　　　様

申請者　　　　住所　**●●市●●町●●　▲▲番地**

氏名　**瀬戸内　花子**

電話　**０８６９－●●－●●●●**

　次のとおり、配食による高齢者等見守事業を利用したいので、瀬戸内市配食による高齢者等見守事業実施要綱第7条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな | 住所 | | | 生年月日 | | | 性別 | 障害等の有無 | |
| 氏名 |
| **せとうち　たろう** | **邑久町尾張300番地1**  **電話 ●●-●●●●** | | | **S●●.●.●** | | | **男** | 無・有(身体・知的・傷病)  配達は午後（夜ご飯用）です。必要な曜日に全てチェックしてください | |
| **瀬戸内　太郎** |
| 世帯の状況 | | ☑高齢者のみ　　　□高齢者と障害者（身体・知的・傷病）　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 配達希望曜日 | | **令和●**年　**●**月　**●**日から開始  ☑月曜 　□火曜　 ☑水曜 　☑木曜 　□金曜 | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | ☑調理や買物等が困難  初回配達時は不在時の置き場所・請求方法など相談します。本人が対応出来る場合のみ立ち会い不要  □心身の状態その他疾病等があり、一人暮らしで見守りが必要  □その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理由： | | | | | | | | | |
| 弁当種類 | | ☑普通食　　□治療食 | | | | | | | | | |
| 不在時・緊急時連絡先① | | 氏名 | **瀬戸内　花子** | | | 続柄 | **長女** | | 電話 | **0869-●●-●●●●** | |
| 不在時・緊急時連絡先② | | 氏名 | **瀬戸内　一郎** | | | 続柄 | **長男** | | 電話 | **090-●●●●-●●●●** | |
| ケアマネジャー等 | | 事業所名・　氏名 | | **●●居宅介護支援事業所**  **●●　　●●** | | | | | 電話 | **0869-●●-●●●●** | |
| 初回配達時立会者 | | **瀬戸内　花子** | | | | | | | 電話 | **0869-●●-●●●●** | |
| 民生委員等氏名 | | **●●　●●** | | | | | | | 電話 | **0869-●●-●●●●** | |
| 備考 | | 利用する事業者（ センターミール岡山東　・　まごころ弁当 ）  ※いずれかに〇をつけて下さい（治療食の場合は、まごころ弁当になります） | | | | | | | | | |
| 主治医の意見書欄(医師の食事制限がある場合のみ)  民生委員に協力してもらう必要がない場合は空欄で構いません  医療機関名  主治医名　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | |
| 同　意　書  本人が書けない場合は家族名も可（その場合申請者と揃えて下さい）  　私は、瀬戸内市配食サービス事業を利用するにあたり、下記のことに同意します。  １．配達の際に連絡なく不在であった場合に、市や事業者が緊急連絡先又はケアマネジャーに連絡をと  り、情報収集及び情報提供すること。  ２．配達員が異常を発見した場合には安否確認のために許可無く家に入る可能性があること。  ３．事業者が定める時刻までに連絡なく当日の配達をキャンセルする場合、利用料を支払うこと。  **対象者かどうか判定するための訪問調査があります。**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　**瀬戸内　太郎**　　㊞ | | | | | | | | | | | |