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

年　　月　　日

　瀬戸内市長　　　　様

申請者　　　　住所

氏名

電話

　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 |
| 　 | 電話 | 　 | 　 | 無・有(身体・知的・傷病) |
| 　 |
| 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 | 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□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 |  | 続柄 |  | 電話 | 　 |
| 不在時・緊急時連絡先② | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話 |  |
| ケアマネジャー等 | 事業所名・　氏名 |  | 電話 |  |
| 初回配達時立会者 |  | 電話 |  |
| 民生委員等氏名 | 　 | 電話 | 　 |
| 備考 | 配食希望時間（ 昼食 ・ 夕食 ） |
| 主治医の意見書欄(医師の食事制限がある場合のみ)医療機関名　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　㊞　 |
| 同　意　書　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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |