様式第１号（第６条関係）

（表）

　　年　　月　　日

地域支援事業（要介護者配食サービス事業）利用申請書

西海市長　様

　　　要介護者配食サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、要介護者配食サービス事業実施にあたり、この申請書内容を事業実施事業所へ提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者（申請者） | ふりがな |  | 生年月日 | 　年 　 月 　 日 | 性別 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 認定区分 | 要介護（　　　　）　　・　　申請中 |
| 世帯構成 | １人暮らし　・　高齢者世帯　・　その他（　　　　　　　　　　　） |

※利用者以外の方が記入する場合にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

※利用を希望する曜日、食事の時間帯（昼食・夕食）に○を付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月曜 | 火曜 | 水曜 | 木曜 | 金曜 | 土曜 | 日曜 |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |

※サービス利用にあたり緊急時対応のため把握しておく必要がありますのでご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 続　柄 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| かかりつけ医療機関 |  | 主治医 |  |
| 治療中の疾患名 |  |

※添付書類：西海市地域包括支援センター（🕿37-0245）または担当の介護支援専門員にご相談ください。

＜介護サービス利用中の方＞介護サービス計画書又は介護予防サービス計画書

＜介護サービス未利用者・介護認定を受けていない方＞支援計画書（該当者のみ）

（裏）

誓　約　書

　年　　月　　日

西　海　市　長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、下記の注意書きを守り、要介護者配食サービス事業を申請します。下記の注意を守らない場合に起きた事故に関しては、一切私の責任とします。

記

 １　配食された食事は、２時間以内に食べます。

２　食べた後の残りは処分し、弁当箱は洗います。

３　食事の前は必ず手を洗い、清潔に心がけます。

４　弁当箱の全部又は一部を破損し、又は滅失した場合は、速やかに市長に状況を報告し、その指示に従います。