

江戸川区長殿

____年 ____月 ____日

申請要件 配食サービス、見守りが必要な該当する世帯に~~レ~~ 印☐ ひとり暮らし ☐ 65歳以上のみ ☐ 日中独居☐ 家族は居るが、お食事作りが困難な障害がある

同居家族がいるが、食の確保が難しく、配食を希望する場合は裏面4に記入してください。

利用同意 下記項目を確認し、全ての口欄に、同意の

☐ 一時的（おおむね1ヶ月未満）な利用ではありません。（※退院時など回復までの一定期間は要相談）☐ 申請にあたり、私の住民票記載事項、生活保護等の必要な情報を確認することに同意します。☐ 区が事業者へ、個人情報を提供することに同意します。☐ 私の都合により配食を開始できなかった場合、その費用は自己負担します。

・オートロックのマンションはチェックをお願いします。 事業者の指定する方法で、直接事業者に支払います。

・不在時はどのように対応したらよいか決めておいてください。

申 請	住 所	☐ オートロック
	フリガナ	

- ・在宅か入院中かのチェックをつけてください。
- ・入院中の場合でも申請できますが、裏面2の退院日・開始希望日を必ず記入してください。
- ・事前に打合せできる方の連絡先を裏面5に記入してください。
- ・開始希望日に退院できず、業者へのキャンセル連絡を入れておらず配食されてしまった場合、ご本人負担となります。

- ・利用者以外の方が記入する場合は、必ず利用者の了解を得てご記入ください。
- ・申請者本人が申請の場合、記入者氏名欄には「本人」と記入してください。

記入者 (代筆者)	氏 名	(事業者の場合は事業者名も記入)
	続 柄	配偶者・子・子の配偶者 その他()
	自宅電話	
	昼間連絡先	
	携帯電話	

☐ 在宅 ☐ 入院中		入院先 _____ ※開始希望・連絡先は裏面に記入			
昼食	☐ 希望する ☐ 希望しない	希望曜日	☐ 月曜 ☐ 火曜 ☐ 水曜 ☐ 木曜 ☐ 金曜 ☐ 土曜		
夕食	☐ 希望する ☐ 希望しない	希望曜日	木曜 ☐ 金曜 ☐ 土曜		
	フリガナ 氏 名	本人との 関係	職 業	昼間の連絡先 (携帯電話等)	住所 その他
緊急 連絡 先	※必ず記入してください。 緊急時に連絡をする場合があります。事前に了承を得てください。 家族がいらない又は遠方である等の場合は、友人や隣人でも構いません。				

※ 裏 面（本人の状況欄）の記載をお願いします。

(※利用可否の判断のため、お問い合わせさせて頂くこともあります。)

身体状況	不可	杖・介助があれば可	可
自立歩行	☐	☐	☐
買い物（外出）	☐	☐	☐
調理	☐	☐	☐

単身者の 見守り状況	見守りサービス利用 (マモルくんなど通報システム)	通所(デイサービス)利用	親族等の訪問
	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

生活保護	☐ 有 ☐ 無
------	---

本人の状況に見合うものにチェックしてください。その他特筆すべき点がある場合は、下記6に記入してください。

*退院（予定）日 _____ ※申請日から日にちがない時は、配食開始希望日に添えない場合もあります。

*配食開始希望日 月 日（ 曜日）

☐ お粥を希望します

連絡は①本人または、②本人以外、どちらかを選択してください。ケアマネジャーの方などが連絡先になる場合は介護事業所も記入してください。

※申請日から日にちが合わない時は、配食開始希望日に添えない場合もあります。

具体的な理由

① ご本人 ②ご本人以外の場合（以下に記入してください）

介護事業所 氏名 続柄 TEL

6 上記のほかに、お弁当屋さんに伝えておきたい情報があれば記入してください。

- ・耳が遠い方です。
- ・歩くのがやっとなので、電話や玄関に出るまでに時間がかかります。
- ・ヘルパーが11時～12時まで入っています。

※お弁当屋さんの希望は受付できません。現在利用中のお弁当屋さんの記入は不要です。

☐ 受付						※お弁当屋さんの希望は受付できません。現在利用中のお弁当屋さんの記入は不要です。						入力日	
				の特記事項 有 無		指示日							