

配食サービス申請書

一般食

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 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

利用同意 下記項目を確認し、全ての 欄に、同意の 印 をつけてください。

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。

利用料金（利用者負担額）を、支払期日までに事業者の指定する方法で、直接事業者を支払います。

申請者 (利用者)	住所	江戸川区		
		オートロック		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 歳
	自宅電話			
	携帯電話			

利用者以外が記入の場合、以下も記入してください。	
続柄	配偶者・子・子の配偶者 その他（ ）
住所	
フリガナ	
氏名	(事業者の場合は事業者名も記入)
自宅電話	
昼間連絡先	

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	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	
緊急連絡先	フリガナ	本人との関係	職業	昼間の連絡先 (携帯電話等)		住所 その他				
	氏名									

裏面（本人の状況欄）の記載をお願いします。

本人の状況欄 (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。)

1 以下の項目について、該当する 欄 に レ 印 をつけてください。

身体の状態	不可	杖・介助があれば可	可
自立歩行			
買い物(外出)			
調理			

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

2 入院中の場合、記入してください。

* 退院(予定)日 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日)

* 配食開始希望日 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日)

3 食事内容(形状)の希望について、該当する 欄 に レ 印 をつけてください。

お粥を希望します

おかずのキザミを希望します

4 同居家族(65歳未満)がお食事作りが困難な具体的な理由を記入してください。

具体的な理由

5 申請受付後、1週間から10日程でお弁当屋さんから連絡が入ります。連絡できる方、ご本人または、ご本人以外の方(連絡先を記入)、いずれかに○をしてください。

ご本人(電話連絡が可能な場合に限りです。)

ご本人以外(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、お弁当さんに伝えておきたい情報があれば記入してください。

以下は記入しないでください。

本人 登録 NO	配偶者 登録 NO

受付窓口	受付者	事務連絡などの特記事項 有 無	担当店	開始日	入力日
			指示日		