

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。
- ・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。

事業者の指定する方法で、直接事業者に支払います。

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()
住氏	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
自宅電話	(事業者の場合は事業者名も記入)
昼間連絡先	

- ・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。

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	週3食以上の利用が必要です。			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	<p>※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。</p>								

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。

身体状況	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
------	---	---

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。

2 入院中の場合、記入してください。

* 退院(予定)日 _____ 月 _____ 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があります。

* 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

連絡は 本人または、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。

4 同居家族(65歳未満)の具体的な理由

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があります。

5 申請受付後、お電話から 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、お弁当屋さん伝えておきたい情報があれば記入してください。

【記入例】

- ・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がある場合は、こちらへ記入してください。

本人 登録 NO _____

受付窓口		有	無		入力日