

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、全ての口欄に、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		
		<input type="checkbox"/> 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			

記入者 (代筆者)	住所			
	フリガナ			
	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			

<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中		入院先 _____ ※開始希望・連絡先は裏面に記入			
昼食	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜		
夕食	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜		
緊急連絡先	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

※ 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、該当する口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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
買い物（外出）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、該当する口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)①~②どちらかに○をしてください。

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、お弁当屋さん伝えておきたい情報があれば記入してください。

本人 登録 NO	_____	配偶者 登録 NO	_____
----------	-------	-----------	-------

<input type="checkbox"/> 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	