

配食サービス申請書

一般向け

江戸川区長殿

年 月 日

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			

記入者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	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	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									

利用同意について確認し、欄 全てに 印 をつけてください。

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。

区が配食サービスの協定を締結した仕出し弁当組合が決定した事業者（以下「事業者」という）へ、個人情報を提供することに同意します。

私の責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。

区が定めた利用料金を、支払期日までに事業者の指定する方法により、直接事業者に払います。

裏面（本人の状況欄）の記載をお願いします。

本人の状況欄

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。

食 事	歩 行	調 理	買 物
常時食べさせてもらう どこかにもたれて可 (座位不可) 自力	不可 常時介助が必要 這っている つかまれば可 可	不可 介助があれば可 ご飯だけなら炊ける 可	不可 頼んでいる 介助があれば可 近所なら可 可

世帯類型	単 身	熟 年	その他	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)がいる方のお申込の場合、該当する理由に レ 印 をつけてください。

同居家族は日中仕事のため不在

同居家族は調理困難

その他の理由 _____

5 申請受付後、1週間から10日程でお弁当屋さんからご本人へ連絡が入ります。配食開始日や支払方法等、本人以外の方が連絡を希望される場合は、記入してください。

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。

----- 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
			FAX日		