様式第１号（第４条関係）

配食サ－ビス利用申請書

　　年　　月　　日

有田市長　様

配食サ－ビスの利用を希望しますので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （利用者） | | ｶ ﾅ  氏名 |  | 男・女 | | 生年  月日 | 年　　月　　日  （　　　　歳） |
| 住所 | 有田市　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |
| 要介護等  状態区分 | | | □なし　　□事業対象者　　□要支援１・２　　□要介護１・２・３・４・５ | | | | |
| 緊急連絡先 | | | 氏　　名 | | 続柄 | 住所・電話番号 | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| 配食サービス | 希望事業者 | |  | | | | |
| 希望  ・曜日  ・時間帯  （１週につき３回まで） | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 時間帯 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 昼 |  |  |  |  |  |  |  | | 夜 |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |

※添付書類　同意書

【市役所使用欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯状況 | □単身　　□高齢者のみ　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 配食の必要性 | □栄養改善が必要　　□買い物や調理ができず食事の確保が困難 | | | |
| 安否確認  の必要性 |  | | | |
| 居宅介護支援  事業者 |  | | 計　画  作成者 |  |
| 配食数 | 週　　　　食 | 曜日 | 日・月・火・水・木・金・土 | |

様式第２号（第４条関係）

同　　意　　書

　　　年　　　月　　　日

　有田市長　様

住 所

氏 名

　私は配食サービス事業を利用するに当たり、以下のことに同意いたします｡

１　世帯構成及び介護保険料の収納状況について調査されること。

２　家族等の連絡先を明確にしておくこと。

３　利用の費用は、実施施設へ納付すること。

４　食中毒を防ぐため、できるだけ早く食すること。また、食べ残した物を後で食さないこと。

５　欠食するときは、前日の午前中までに実施施設へ連絡すること。

６　備品等を破損したときは、修理費を負担すること。

７　実施施設に求められたときは、サインまたは認印を押すこと。

８　利用開始時及び利用中において、必要があるときは、市及び地域包括支援センター職員等が見守りのための個人情報等を実施施設へ提供すること。

９　配達時に私の応答がなく緊急事態と判断されるときにおいては、市職員が家屋内に立ち入ること。