

自立支援・配食ネットワーク サービス利用申請書

町田市長 様

下記の留意事項に同意のうえ、利用を申請します。

(太枠内記入)

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 親族()
	住所	〒 —	電話番号	
利用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(氏名・住所・電話番号の記入を省略可)			
	フリガナ氏名		電話番号	
	住所	〒 —		
	介護保険被保険者番号		世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯
生年月日		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日	要介護度	要介護

配食事業所			市制度配食回数	回/週あたり
	連絡日	/		担当者名

居宅介護支援事業所※		ケアマネジャー	
------------	--	---------	--

※居宅介護支援事業所と契約をしていない場合は、担当の高齢者支援センターをご記入ください。

ケアマネジャーは下記を確認し、全て☑してから申請してください。

- 下記の留意事項を利用者および申請者へ説明し、同意を得ました。
- あらかじめ配食事業所と連絡を取り、調整をしてから本申請を記入しました。
- 「自立支援・配食ネットワーク情報提供票」(第2号様式)を添付しました。
- 「居宅サービス計画書(第3表)週間サービス計画書」の写しを添付しました。(居宅介護支援事業所と契約していない場合は添付不要。)

<留意事項> ※本サービスは下記の内容に合意いただける方が対象です。必ず内容をご確認ください。

- ・本サービスでお届けする食事は、栄養状態の維持改善を目的としたバランスのとれた一般食です。配食事業所により、対応可能な特別食等もあります。
- ・本サービスは、高齢者の見守りサポート機能を果たします。配達時に何か変わったご様子に配達員が気づいた時は、まず、担当のケアマネジャーに連絡いたします。そのため、市は自立支援・配食ネットワーク情報提供票(第2号様式)を配食事業所へ、提供いたします(各配食事業所は厳正に個人情報管理するよう、市と契約を交わしています)。
- ・通所サービス(デイサービス等)と同日の利用及び訪問サービスと同時間帯の利用はできません。
- ・配食サービスを手段として安否確認を行うため、食事の受け渡しは利用者宅において手渡しで行うことを原則とします。玄関先にて手渡しで受け渡す以上のサービス(居宅内への入室行為も含める)を求める場合は、申請書に記載されている利用者・家族・配食事業所・居宅介護支援事業所と契約前に十分な取り決めを行い、問題が発生した場合は当事者間にて協議の上、解決に努めてください。
- ・利用曜日や昼食・夕食の変更および利用の中止は、必ずケアマネジャーを通して手続きしてください。やむを得ない場合を除き、利用者やご家族からの連絡だけでは変更・中止はできません。
- ・利用者負担金は、配食事業所やメニュー内容等によって金額が異なります。支払い方法について確認のうえ、直接配食事業所へお支払いください。
- ・本サービスの利用開始は、市の承認日以降となります。
- ・明確な理由や申し出がなく、1年以上の利用がない場合、本事業の利用は取消となります。