

(第5号様式)

自立支援・配食ネットワーク事業 変更連絡票

申請日 年 月 日

(太枠内記入)

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日
被保険者番号		電話番号	
世帯	(独居 、 高齢者世帯)	要介護度	要介護 ()
住所	〒 町田市		
居宅介護 支援事業所		ケアマネジャー	

ケアマネジャーは、あらかじめ配食事業所と連絡を取り、調整をしてから下記をご記入ください。

変更事由	変更内容		
<input type="checkbox"/> 配食事業所の変更	→	開始希望日	月 日
<input type="checkbox"/> 配食回数の変更	→		
<input type="checkbox"/> 上記以外の変更 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 住所(市内転居) <input type="checkbox"/> その他 ()	→	変更日	月 日

※利用開始は、市が申請書を受領した日から7日目以降となります。

配食事業所への連絡	配食事業所名			
	連絡日	月 日	担当者	
連絡事項				

添付書類 自立支援・配食ネットワーク情報提供票(第2号様式)

※本件に関する通知は、原則利用申請書に記載のある申請者へ行います。

市記入欄

--

(第2号様式) 居宅→市→事業所

※ご夫婦であれば、2人の情報を1枚にまとめていただけます。

自立支援・配食ネットワーク情報提供票

情報提供年月日 年 月 日

利用者住所

配食事業所

御中

(フリガナ)
利用者氏名

TEL

サービス利用者 に○を してください	世帯構成員 氏名	利用者との 続柄	生年月日	要介護度	気をつけるべきご病気	配達・健康サポート上注意すること	備考

※何か変わった様子があった場合には、まず第一にケアマネジャー(居宅介護支援事業所)に連絡していただきます。

居宅介護支援事業所

<配達予定>

所在地

TEL

担当:

曜日 (昼 ・ 夕)

曜日 (昼 ・ 夕)

<(必要な場合)その他の緊急連絡先>

曜日 (昼 ・ 夕)

曜日 (昼 ・ 夕)

曜日 (昼 ・ 夕)

※自費でも配食を利用される方は、制度利用日がわかるよう記載して下さい。

<取扱い注意>

- ・本票は業務に従事する者以外の目に触れることがないように厳正に管理すること。保管場所は施錠するなどの配慮を怠らないこと。
- ・本票はコピーをとらないこと。サービス中止などにより本票が必要なくなった場合は、シュレッダーののち焼却するなど、確実に処分すること。
- ・FAXやメールでのやりとりは厳禁とします。

※内容に変更があった場合は、居宅支援事業所は速やかに本票の差し替えをお願いします。