

(第1号様式)

## 自立支援・配食ネットワーク サービス利用申請書

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

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		
申請者	いずれかに☑を記入してください <input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> 後見人(下欄に記入してください) 氏名: 住所:		

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。

居宅介護 支援事業所		ケアマネジャー	
配食事業所		配食回数	( ) 回/週あたり

※配食回数は、要介護1～3は週3回まで、要介護4～5は週5回までです。

※利用開始は、市の承認日以降となります。

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)

### <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高齢者向け一般食です。そのため、内科疾患等による特別な食事制限が必要な方には向きません。
- 本サービスは、援助が必要な高齢者の世帯の見守りサポート機能を果たします。配達員が何か変わったご様子に気づいた時は、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、居宅介護支援事業所名や健康状態、家族構成などの情報を配食事業所へ、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)。
- 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。

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

所在地

TEL

担当:

<(必要な場合)その他の緊急連絡先>

<配達予定>

曜日 ( 昼 ・ 夕 )

曜日 ( 昼 ・ 夕 )

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。