

見守り配食支援事業利用申請書

〇年 〇月 〇日

長浜市長 あて

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者は、「本人」または「ご家族」となります

申請者 住所 **長浜市◇◇町〇〇番地**
 氏名 〇〇 〇〇
 電話番号 **××-××××**
 (利用者との続柄: **本人**)

次のとおり長浜市見守り配食支援事業の利用を申請します。
 なお、利用の可否を決定するために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料、市税、介護保険料、国民健康保険料(税)及び後期高齢者医療保険料の納付に関する資料その他必要な資料について、関係機関に照会・閲覧されることに同意します。
 また、見守り配食支援事業の決定を受けた際には、事業実施に必要な個人情報等を委託事業者、民生委員、関係機関等へ提供することに同意します。

利用者氏名 (ふりがな)	(〇〇〇〇 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇		生活保護受給 (有・ 無)				
	生年月日 昭和▲ 年 ●月 ■日(●●歳)						
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市 ◇◇町〇〇番地						
電話番号	(××) ××××	世帯構成 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者と同居する者すべてが65歳以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他()				
利用希望事業者 (いずれかに○)	ミールサービスたにぐち ・ ワタミの宅食 ・ 宅配クック123						
配食区分 (どちらか一方に○)	昼食 ・ 夕食 ※補助はどちらか一方のみです						
見守り状況	月	火	水	木	金	土	日
	朝		デイ		デイ	へ	
※現在の家族の見守りや福祉・介護サービスの利用状況をご記入ください ※「有」が「無」のどちらかに○ ※緊急時に連絡します。第2連絡先を設定したい場合は、欄外に記入ください。							
前回利用決定の有無	有(決定期間 年 月 日から 年 月 日)						無

※現在の家族の見守りや福祉・介護サービスの利用状況をご記入ください

※「有」が「無」のどちらかに○

配達時に利用者が留守の場合の連絡先・緊急連絡先

住所	〒 △△△-△△△△ 〇〇市◆◆町××番地	電話番号	****-**-****
		携帯電話	090 -****-****
氏名	〇〇 ◆◆	利用者との関係	子(長男)

※緊急時に連絡します。第2連絡先を設定したい場合は、欄外に記入ください。

見守り配食支援事業 状況調査票 (新規申請用)

記入年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
記入者氏名	〇〇 □□ (ご関係: 子(長男)) (連絡先: **-* ** *)
利用者氏名	〇〇 〇〇 男 ・女 (昭和 ▲ 年 ● 月 ■ 日生 △△ 歳)
決定通知の郵送先	【書類の郵送先に〇をつけてください。※〇がない場合は、申請者あてに送付します。】 ・申請者の住所 ・利用者の住所 ・ 緊急連絡先の住所 ・その他の住所 〒 - 郵送先 宛名
世帯構成	1 単身 2 高齢者世帯 3 その他()
家族構成・状況	【例:子3人(長女:県外、長男:市内〇〇町、次男:△△市)、姉(市外)など】 妻、子2人(長男:〇〇市、長女:市内〇〇町)
介護認定	1 なし 2 申請中 3 あり【要支援(1・2)・要介護(1 2 ・3・4・5)】
福祉手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)
現在利用している相談機関	1 なし 2 あり (事業所名: ケアプランセンター〇〇) (担当者名: 〇〇ケアマネジャー)
疾病の状況(病名、時期等)	・ 糖尿病(3年ほど前から服薬治療中) ・ 変形性膝関節症(5年ほど前) ・ 認知症(1年前から。最近、物忘れが多くなった。)
歩行	1 普通 2 支えがあれば可 3 介助があれば何とか可 4 全く歩けない
視力	1 普通 2 やや支障がある 3 ほとんど見えない 4 全く見えない
聴力	1 普通 2 大声で聞こえる 3 耳元でやっと聞こえる 4 全く聞こえない
意思の伝達	1 できる 2 ときどきできる 3 ほとんどできない 4 できない
物忘れ	1 ない 2 時々ある 3 しばしばある 4 ひどい物忘れがある
外出	1 自分ができる 2 介助によりできる 3 全くできない
食物アレルギー	1 なし 2 あり (アレルゲン: サバ)
治療食・配慮食の必要	1 なし 2 あり (糖尿病食 腎臓病食・減塩食・その他)
食形態	1 普通 2 工夫が必要 (軟らかめ ・刻み食・ミキサー食・その他)
見守りが必要な理由	※身体機能の問題や生活状況など見守りが必要な理由を具体的に記入してください。 足腰の痛みがひどく、歩行が不安定でよく転倒する。週2回のデイサービスと週1回のヘルパーを利用している。妻も要介護2で、見守りをしてもらうことが難しい。長男は遠方で、長女も仕事のためあまり来ることができない。