

西東京市高齢者見守り配食サービス申請書(兼利用者台帳)

西東京市長 あて

申請日 令和 年 月 日

次のとおり申請いたします。

| | | | | | |
|-----|----|-----|-----------|----|--|
| 申請者 | 住所 | 〒 - | 電話番号 | 自宅 | |
| | | | | 携帯 | |
| | 氏名 | | 利用対象者との続柄 | | |

*高齢者支援課処理欄(收受印)

| | | | | | | |
|-------|------|---|------|---------|-----------|-----|
| 利用対象者 | 住所 | 西東京市 (町) 丁目 番 号 | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | 自宅: () | | |
| | 氏名 | | | 携帯: () | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 生活保護受給の有無 | 有・無 |
| | 世帯構成 | 独居・高齢者世帯・その他 () | | | | |
| | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中[申請日:令和 年 月 日] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) | | | | |

| | | | | |
|----------|----|---------------------------------|---------|--|
| 訪問調査等連絡先 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 連絡先電話番号 | |
|----------|----|---------------------------------|---------|--|

●個人情報の確認等に関する同意書

私は、サービスの利用にあたって必要な範囲内において、西東京市健康福祉部高齢者支援課が、市の関係部署等・市内の各地域包括支援センター・サービスを提供する事業所から以下の個人情報を確認し、または提供することについて同意します。

- (1) 本人もしくはご家族に関する住民基本台帳等の情報
- (2) 介護保険法に基づく、介護認定状況および介護サービス利用状況等の情報
- (3) 本サービスもしくは他の福祉サービスの利用状況等の情報
- (4) 訪問看護等の医療サービスの利用等に関する情報
- (5) 本人もしくは世帯の生活状況等の情報
- (6) 本サービスの利用で発生した利用者負担金の収納状況等

利用対象者氏名

家族・親族氏名

| | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|-----------|---|----------------|----|----|--|
| 配達希望曜日 | 月・火・水・木・金・土 ※入室を希望する場合【具体的な入室方法】 | | | | | | | | |
| 配達時の入室希望 | 希望しない・希望する ※玄関先で食事を受取れない方は「希望する」に○ | | | | | | | | |
| 食形態 | ・ごはん(普通・お粥・やわらかめ)・おかず(普通食・減塩食・刻み食)・アレルギー-() | | | | | | | | |
| 介護保険サービスの利用状況(該当日に○) | サービス種類 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | |
| | 訪問介護 | | | | | | | | |
| | 通所介護 | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | | | 担当ケアマネジャー | | 電話番号 | | | |
| | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先(※必須) 利用対象者の安否の確認が取れない場合、連絡させていただきます。必ず、日中に連絡が取れる電話番号(自宅・携帯とも)を御記入ください。 | 住所 | | | 氏名 | | 連絡先電話番号(自宅・携帯) | | 続柄 | |
| | ① | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | 自宅 | | |
| | ② | | | | | | 携帯 | | |
| 利用者負担金支払方法 | 納付書 ・ 口座引落 (ゆうちょ銀行のみ対応・別途手数料10円がかかります) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------|------|------|--|
| 提出代行事業所 | 事業所名 | 提出者名 | |
|---------|------|------|--|

| | |
|------|--|
| 決定番号 | |
|------|--|

成年後見制度利用の方は別途お知らせください。

2023/4/1