

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 5 年 4 月 1 日

次のとおり申請いたします。

申請者	住所	〒 188 - 8666 西東京市南町5-6-13	電話番号	自宅 042-464-0000 携帯 080-464-0000
	氏名	西東京 花子	利用対象者との続柄	長女

*高齢者支援課処理欄(收受印)

記入例

利用対象者	住所	西東京市 中町 (町) 1 丁目 5 番 1 号				
	フリガナ	ニトウキョウ イチロウ			電話番号	自宅: 042 (420) △△△△ 携帯: 080 (420) △△△△
	氏名	西東京 一郎				
	生年月日	大正・昭和 10 年 3 月 2 日	年齢	88 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)				

訪問調査等連絡先	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	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。

- 本人もしくはご家族に関する住民基本台帳等の情報
- 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
- 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
- 訪問看護等の医療サービスの利用等に関する情報
- 本人もしくは世帯の生活状況等の情報
- 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

西東京 花子

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○ 足が不自由で玄関先まで出るのに時間がかかるため、居間の食卓に配膳してください。鍵は朝のうちに開錠します。						
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(特になし)						
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						
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		
	△□ケアプランセンター		○○ □□		042-464-××××		
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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				自宅 携帯		
	② 西東京市泉町○-△-◎		西東京 太郎		自宅 042-428-△△△△ 携帯 090-428-△△△△		次男
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