

様式第 1

「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

東郷町長 殿

次のとおり、東郷町「食」の自立支援事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	住所 東郷町			
	電話 ー			
	利用日	希望する曜日に○をつけてください。 月・火・水・木・金・土・日 曜日		
要介護 認定 調査	1 介護度 ( ) 居宅介護支援事業所名 ( ) 2 認定を受けていない ※基本チェックリストを添付	現在の健康状態・身体状況・支援状況等		
世帯 状況 (同居者を記入)	ふりがな 氏名	性別 男・女	続柄 生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	ふりがな 氏名	性別 男・女	続柄 生年月日 明・大・昭 年 月 日	
緊急 連絡 先 (できる限り多く記入)	ふりがな 氏名	続柄	交流の程度	
	住所			
	電話 [自 宅]		[携帯電話]	
	[職場名称]		[職場電話]	
	ふりがな 氏名	続柄	交流の程度	
	住所			
	電話 [自 宅]		[携帯電話]	
[職場名称]		[職場電話]		
その他	関係機関記入欄 (民生委員・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等) ※意見等			

## 同 意 書

私は東郷町の食の自立支援事業における配食を受けるにあたり、下記の事項に同意します。

### 記

- 1 地域包括支援センターによる生活状態等把握のための訪問、又は聞き取り調査を受けること。
- 2 訪問・調査の為に地域包括支援センターに申請書記載の情報を提供し、かつ、配食を実施する事業所に緊急連絡先等の情報を提供すること。
- 3 介護保険利用状況を確認するため、介護支援専門員(ケアマネジャー)が居宅介護サービス計画書(ケアプラン)を町へ提出すること。
- 4 配食については、事業所が直接手渡しで行うことを理解し、受け取りができない場合は必ず事業所又は町へ連絡すること。
- 5 安否確認は事業所が緊急連絡先へ電話連絡をすることをもって実施したこととし、つながらなかった場合でも安否確認を行ったものとする。

年 月 日

氏名

---