

高齢者配食サービス利用申請書

令和 年 月 日

(宛先)西尾市長

申請者(本人・親族等) 〒 -

住 所

フリガナ

氏 名 (続柄)

電話番号 - -

下記のとおり高齢者配食サービスの利用を申請します。

記

※該当する箇所に、□にレをしてください。

利用 対象者	フリガナ		生年月日
	氏 名	(□申請者に同じ)	□大正 □昭和 年 月 日
	住 所	(□申請者に同じ) 〒	
	電話番号	(□申請者に同じ) - -	
	居住状況	□対象者住所地に居住しており、医療機関等への入院、介護又は日常生活上の支援を行う施設等の入所はしていません。	
	サービスの利用にあたり必要な情報を西尾市が公簿(電子計算機の記録情報を含む)等によって確認することや関係機関へ照会、提供することに同意します。		
	利用対象者氏名:		
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
世帯区分	□ひとり暮らし高齢者 ・ □65歳以上の高齢者のみの世帯 ※同一住所で世帯分離は配食サービスの対象外です。		

介護支援 専門員	<p>上記対象者は自分で調理することが困難な状態にあり、総合的に判断して市の配食サービスを利用することが適切であることを確認しました。</p> <p>事業所名:</p> <p>介護支援専門員氏名:</p>
-------------	--

※ 助成利用券の送付先が利用対象者以外の場合のみご記入下さい。

□申請者	〒 - 氏名 (続柄) 電話 - -
□その他送付先 ⇒	

誓約書

令和 年 月 日

(宛先) 西尾市長

利用対象者本人 住所

氏名

私は高齢者配食サービス事業を利用するにあたって、下記のすべての事項を遵守することを誓います。

記

- 1 万が一の場合に備え、配食業者に緊急連絡先（親族等）を伝え、その内容に変更があった場合は速やかに配食業者に連絡します。
- 2 配食予定の日時には在宅し、配達員から直接受け取ります。
- 3 配食日やサービスメニューをみだりに変更することはせず、変更があった場合は配食業者によって決められた期日までに連絡します。
- 4 配食業者に対し、過剰な要求や迷惑行為等を行いません。
- 5 サービス料金は、決められた期日までに配食業者に支払います。
- 6 私と世帯員は、介護保険料の納付を怠りません。
- 7 私が調理可能となった場合や今後のサービスを利用する必要がなくなった場合は、速やかに長寿課へ喪失届を提出します。
- 8 上記事項を遵守できなかった場合や高齢者配食サービス利用申請書に虚偽記載があった場合には、配食サービスの利用を取り消され、今後利用できなくなっても異議はありません。