

余市町訪問配食サービス事業利用申請書

年 月 日

余 市 町 長 様

訪問配食サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

記

申請者	住 所				対象者との続柄	
	氏 名		電話			
対象者	住 所	余市町				
	氏 名		電話	() -		
	生年月日	年 月 日 (歳)		性別	男 ・ 女	
希望する回数・曜日		週 () 回 () 曜日)				
介護保険被保険者番号		介護度 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5) 無し				
世 帯 状 況 単身世帯 高齢者夫婦世帯		氏 名	年 齢	続 柄		
緊急連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号		
				-		
食 事 状 況	買 い 物	1 自分で行ける 2 親戚・知人・ヘルパー等に依頼している				
	調 理	1 自分で作れる 2 一部介助を要する 3 全く作れない				
	制 限	食事の制限が 1 ある () 2 ない				
	固 い 物	1 食べられる 2 食べられない				
ヘルパーの派遣		1 受けている (週 回 曜日) 2 受けていない				
デイサービス等		2 受けている (週 回 曜日) 2 受けていない				
関 係 事 業 所 等		余市町在宅介護支援センター ・ 余市町地域包括支援センター				
居 宅 介 護 支 援 事 業 所						
備 考						

同 意 欄

訪問配食サービス事業において必要なサービス提供の調査のため、本事業の利用申請時および利用中、私に関する町の介護保険情報を利用する事に同意します。またこの申請による情報を、担当する在宅介護支援センターに提供する事に同意します。

対象者氏名

印

申請後、転居・入院・ご家族と同居等の異動がありましたら、必ずご連絡願います。

申請者と対象者が異なる場合は、申請者は対象者にこのサービス内容 (本人負担等) について同意を得て申請してください。