

木更津市高齢者配食サービス申請書

年 月 日

木更津市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
(対象者との続柄 )

木更津市高齢者配食サービスを受けたいので下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	木更津市	電話番号	
	氏 名	生年月日		介護度・心身の状況
		年 月 日		
		年 月 日		
世帯の状況	1. ひとり暮らしの世帯                  2. 高齢者のみの世帯 3. その他の世帯 ( )			
医療の状況	現在の病気等			
	食事内容において注意すべき事項			
配食の希望曜日 (週2日以内)	月曜 ・ 火曜 ・ 水曜 ・ 木曜 ・ 金曜 ・ 土曜			
希望配食業者				
希望食事	普通食・ 特別食 ( )			
その他				

(裏面)

緊急連絡先			
住 所			
氏 名		対象者との続柄	
電話番号			
居宅介護支援事業所			
事業所名		電話番号	
担当ケアマネジャー			

同意書

木更津市高齢者配食サービス事業を実施するに当たり、下記事項について同意します。

- 1 市が私（対象者）の高齢者配食サービス事業に係る世帯全員の住民情報、介護認定の記録について職員が調査すること。
- 2 高齢者配食サービス事業における目的の範囲内において、市職員、委託事業者、民生委員、医療機関、警察署、消防署、地域包括支援センター、緊急連絡先に記載された者等の関係者（以下「関係者」という。）に対して申請書の情報を提供すること。
- 3 緊急対応を行う場合、必要に応じて関係者が自宅に立ち入ること。
- 4 食事の配達を行う際の安否確認の結果、病院等に搬送された場合、無人となった自宅に対する管理責任を問わないこと。
- 5 高齢者配食サービスを必要としなくなった場合は、速やかに市に届け出ること。
- 6 上記1～5項について、世帯員及び緊急連絡先に記載された者の同意を得た上で市へ申請書を提出すること。

対象者住所 \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_