

年 月 日

西原町長 殿

配食サービス利用申請書

配食サービス利用について、西原町配食サービス事業実施要綱第 6 条に基づき、次のとおり申請します。なお、配食費については、受託事業者が指定する日に納めます。

| | | | | | |
|---------------------|--|-----------------------------------|-------|-------|----|
| 申請者(本人) | 住所 | 西原町字 | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | |
| | 身体状況 | 傷 病 等(傷病名等) 障害者手帳等(障がい名及び等級) | | | |
| | 同居人の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考 |
| | | | | 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | | |
| 対象の区分 | <input type="checkbox"/> おおむね 65 歳以上の単身世帯の者 <input type="checkbox"/> 65 歳以上の者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等の発行を受けている者で単身世帯等のもの <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める者 () | | | | |
| 保証人 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | |
| | 続柄 | 年 月 日 (歳) | 続柄 | | |
| 配達希望日 (合計 5 食以内) | <input type="checkbox"/> 昼食 … 週 回 (月・火・水・木・金) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 夕食 … 週 回 (月・火・水・木・金) | | | | |
| 食事種別 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食 () | | | | |
| 申請理由 | | | | | |

※特別食の場合は、医師意見書を提出してください。

承 諾 書

年 月 日

西 原 町 長 殿

利用者氏名：_____

住所：西原町字_____

代理人（関係）：_____（ ）

私は、配食サービス事業を利用することが決定した際には、下記の事項を承諾します。

記

- 1 配達される食事は利用者が直接受け取ります。
- 2 都合により留守にする等で弁当が不必要となった場合は、配達事業所が指定する時間までに配達事業所へ連絡をします。
※利用が決定した際に送付する通知書と併せて資料を送付します。
- 3 休止又は中止の連絡が遅れたとき、又はしなかったときは、1食あたりの利用料（1食あたり400円）を支払います。
- 4 連絡もなく利用者不在の場合に、利用者の食中毒発生防止のため配達員が食事を持ち帰ることを承諾します。
- 5 サービスの停止・中止・変更、緊急連絡先の変更がある場合は、西原町福祉課へ連絡をします。
- 6 西原町が事業の必要性を審査するために行う訪問調査にて取得した利用者の基本情報等を、本事業の実施に必要な範囲で配食サービス事業所へ提供することに承諾します。