

様式第1号（第4条、第6条関係）

社会福祉法人幸田町社会福祉協議会見守り配食事業〔 新規・変更 〕申請書

記入日 年 月 日

社会福祉法人幸田町社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、申請します。

私は、サービスの提供に必要な情報を関係機関に提供することを同意します。

フリガナ 氏名				
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）			
住所	〒444-01 幸田町大字 字			
電話番号	自宅：			
	携帯：			
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者・障害者世帯 <input type="checkbox"/> その他			
対象要件	<input type="checkbox"/> 介護認定 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 介護認定 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A・B判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 上記以外で75歳以上の方			
	担当ケアマネジャー・相談員等の事業所名称			
見守り状況	<input type="checkbox"/> 対象要件に該当しない2親等以内の親族が同居又は隣接地に居住していない。			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号

対象者要件を確認できる書類をご持参いただくか、または写しを添付してください。

<b>【事務処理欄】</b>					
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			

## 誓約書

社会福祉法人幸田町社会福祉協議会会長 様

私は、幸田町社会福祉協議会見守り配食事業を利用するにあたり、下記の事項について固く守ることを誓約します。

### 記

- 1 配食時には必ず在宅し、配達員より直接受け取ります。  
（不在時の置き場所の指定は不可）
- 2 配食時にやむを得ず不在になることがある場合は、事前に見守り配食事業者へ連絡します。  
なお、連絡なく不在であった場合は、見守り配食事業者において配食弁当を処分することを承諾し、その場合であっても利用者負担額を支払います。
- 3 緊急時において見守り配食事業者から緊急連絡先に連絡があった場合、その後の対応については緊急連絡先が適切な対応するものとし、幸田町社会福祉協議会及び見守り配食事業者に損害賠償その他の要求は一切しません。
- 4 親族がいない場合、または緊急連絡先に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応を幸田町社会福祉協議会及び見守り配食事業者に要求しません。
- 5 見守り配食事業者に対し、滞納や迷惑行為があった場合は、利用の停止、取り消しの決定に従います。以降、見守り配食事業を利用できなくても意義はありません。
- 6 **このことについて、緊急連絡先の同意を得ています。**

記入日 年 月 日

利用者氏名（自署）

\_\_\_\_\_  
(代理人 )