

様式第1号（第4条、7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・継続 〕申請書

令和 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				
世帯の状況	<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 ※隣接地に2親等以内の親族が居住している場合は対象外です。			
要介護度等	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 （有効期間 年 月 日～ 年 月 日） 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号

居宅介護支援事業所職員、地域包括支援センター職員、相談支援事業所職員等の確認

上記の申請内容について確認しました。

事業所名

電話番号

担当者名

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に対応するものとし、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。

※なお、利用日において、災害、交通事情、その他の予期せぬ事故等の発生により、やむを得ず配食時間が変更、または配食が一時中止になることがありますのでご了承ください。

年 月 日

利用者氏名 (自署)

(代理人)