

記載案内

足立区高齢者配食サービス支援事業申請書

(提出先)
足立区

年 月 日

(問合せ)

住所電話番号
氏名利用者との関係

※ 住所・氏名・電話番号・利用者との関係は、配食事業者にお知らせします

下記のとおり申請します。

利用者	住所		生年月日	
			年 月 日	
	氏名 (フリガナ)		電話番号	
緊急時 連絡先	住所	続柄		
	氏名	電話番号	— —	
対 象 要 件	年齢	☐ 65歳以上である		
	世帯構成	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他 () ※ 住民票上の世帯構成をチェックすること		
	生活状況	☐ 病院に入院していない (退院見込みの場合もチェックしてください) ☐ 食の支援を必要とする高齢者以外の者 (入所している施設、別居の親族など。配食事業者を除く。) から食事の提供を受けることができない		
	利用状況	☐ 過去の本事業の利用において、負担すべき費用の支払いを滞納していない		
	1 加齢等による身体機能低下、怪我、障がい等の身体的な理由により食事を用意することが困難な方	1～3のうち該当するものを右欄に記載		
	2 判断力の低下等の精神的な理由により食事を用意することが困難な方	0		
3 退院後等の事情により、刻み食、ムース食、糖質制限食等特別な食事が必要であるが、当該食事を用意することが困難な方				
■身体状況等確認項目 一番近いものに ☒ チェックをしてください。				
買物・調理	☐ 自分でできる	☐ 杖や歩行補助具があればできる	☐ ひとりでの外出・買物・調理は困難	☐ できない・寝たきり状態
火気・金銭管理 (判断力)	☐ 自分でできる	☐ 少し心配だが何とかできる	☐ 管理できない時がある	☐ できない
食事の形態	☐ 一般食	☐ 軟飯やきざみ状	☐ お粥やとろみ	☐ ムースやペースト状
食事の種類	☐ 一般食	☐ カロリー調整食	☐ 減塩食	☐ たんぱく調整食等
■希望する事業者を記載してください。				
事業者コード	事業者名			
810			☐ 左記の店に利用の相談を行い、利用の承諾を得た	
個人情報同意欄 私は、本申請の決定または区が必要とした場合は、住民記録情報、介護保険情報等区が保有する個人情報の利用に同意します。また、この申請書に記載した内容について、区が事業の趣旨に基づき必要であると判断した場合は必要な機関等 (配食事業者含む) へ情報提供することに同意します。 ※ 本人が署名できる場合は、押印は不要です。代わりの方が記名する場合は、本人の氏名に加えて、本人の印 (認印可、シャチハタ不可) 代筆者名、続柄の記載が必要です。				
氏名 (必須) 印 代筆者名 (続柄等)				
<区事務処理欄> (この欄は記入しないで下さい。)				
No.	申請受付日 (例: 2024 年 10 月 1 日→20241001)		利用開始年月 (例: 2024 年 11 月→202411)	
	西暦		西暦	
☐ 本人年齢	☐ 世帯員	☐ 特養	☐ 併給	確認日 / 処理者

高齢者以外の方が世帯にいるが、障がいなどで食事の用意をすることができない場合に、こちらにチェックのうえ状況を記載してください。スペースが足りない場合、上や下の欄の余白に書いてください。

※世帯員が仕事等で不在の時間があるなどの場合は、食事の用意をすることができないとはいえないため対象にはなりません。

本人に署名いただける場合は、押印は不要です。

代わりの方が記名する場合は、本人の印 (認印可、シャチハタ不可) 代筆者名、続柄の記載が必要です。

区職員が記載する欄です。

記載しないでください。

申請内容について区からの問い合わせを受けられる方について書いてください。

受給される高齢者の方について書いてください。

受給される高齢者の方に何かあった際のご連絡先になれる方について書いてください。

確認のうえ記載してください。

5つの項目についてチェックが入らない方は受給の対象ではありません。

左の1～3を確認して該当するものを記載してください。3に該当する場合は必ず3を、1と2両方に該当する場合は、より当てはまる方を記載してください。

4項目についてすべてチェックをしてください。

チェック内容により、上の1～3に該当しないと判断した場合、対象にはなりません。

事業者一覧より利用したい店舗を選び、事前に店舗の了解を得たうえで、3桁のコードと事業者名を記載してください。

必ずチェックをつけてください。