

在宅福祉サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

岡崎市の在宅福祉サービス事業を利用したいので申請します。また、申請にあたり次の項目について承諾します。

- * 申請者及び世帯の住民登録資料の閲覧、市民税課税状況の閲覧・調査
- * 要介護認定結果、主治医意見書及びサービス利用状況等の介護保険情報等の閲覧
- * 支給（利用）停止となる場合（喪失届の未提出、長期間利用がない、必要な届出が未提出）があること
- * 委託事業者、消防、ケアマネジャー等への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供

フリガナ 申請者氏名		生年月日 大正 年 月 日 昭和	固定電話
住民票上の住所	〒444- (建物名等) 岡崎市		携帯電話
実際に住んでいる場所	<input type="checkbox"/> 住民票上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる（下欄に記入）		
	〒444- (建物名等) 岡崎市	電話	
	居住開始時期	昭和・平成・令和 年 月	
	住民登録を 変更できない 理由		
個人番号 (マイナンバー)			

申請するサービス	<input type="checkbox"/> 1 家族介護用品給付（おむつ券）	<input type="checkbox"/> 3 ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム
	<input type="checkbox"/> 2 在宅ねたきり高齢者訪問理美容サービス	<input type="checkbox"/> 4 ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス

* 1～2は退院・退所日の翌日から申請可能。 3・4は退院・退所日の1週間前から申請可能。

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

連絡先(申請者以外)

フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

市役所からの郵送先

<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 連絡先（申請者以外）と同じ <input type="checkbox"/> 親族等（下欄に記入）			
フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

提出代行者

名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	電話 担当：
----	--	-----------

※事務処理欄	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (月 日 到着) 宛名コード ()
<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 差戻し (月 日) <input type="checkbox"/> 却下 (月 日)	

申請者 氏名	
-----------	--

見守り配食 事業者名	
---------------	--

※希望する事業者を記入してください

利用申請者の要件

- 75歳以上一人暮らし 非課税

緊急連絡先登録者

- ※60分以内に駆けつけできるかた(必ず2名の記載が必要です)
- ※配食時間に連絡及び緊急時に申請者宅へ駆けつけが可能なかた
- ※申請者と同住所の親族等や、地域包括支援センターは連絡先として登録できません

1 フリガナ

氏名

2 フリガナ

氏名

※ 事務処理欄

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 75歳以上 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 隣接建物(GIS地図の確認) |
| <input type="checkbox"/> 誓約書 | <input type="checkbox"/> 連絡先数 | <input type="checkbox"/> 連絡先登録同意書 | <input type="checkbox"/> 住民票上の同居人 (有 無) |

誓約書

私は、岡崎市ひとり暮らし高齢者見守り配食サービスを利用するにあたり、下記の内容について誓約いたします。

記

※誓約事項を確認しチェックボックスにチェックを入れてください。

1 事業の利用にあたり、配達時には必ず在宅し配達員の安否確認に応じること。	<input type="checkbox"/>
2 配食後は、決められた時間内に食事を摂取すること。また、食事の際の体調管理、アレルギーのある食物についての対処は等は、利用者の責任において行うこと。	<input type="checkbox"/>
3 1食350円（特別食等は別途定められた金額）の食材費用を見守り配食事業者に支払うこと。	<input type="checkbox"/>
4 次の場合は、実費相当額（食材費用及び配食等の費用）を見守り配食事業者に支払うこと。 ・手渡しによる安否確認ができず見守り配食事業者が弁当を持ち帰った場合 ・利用の休止や中止の連絡をしなかった場合（前日午後5時までに見守り配食事業者へ連絡） ・申請者以外が食事を食べた場合 ・月途中に見守り配食事業者を変更した場合	<input type="checkbox"/>
5 緊急時において、見守り配食事業者が緊急連絡先に連絡した場合のその後については緊急連絡先が適切な対応を行うものとし、市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ないこと。	<input type="checkbox"/>
6 緊急連絡先には必ず連絡が取れる者を登録し、万一連絡が取れなかった場合に市及び見守り配食事業者においては特段の対応ができない可能性があることを承知していること。	<input type="checkbox"/>
7 見守り配食事業者に対し、滞納や迷惑行為等があった場合は、利用停止、利用資格の取り消しの決定に従います。	<input type="checkbox"/>
8 容器等の破損、紛失については、実費を弁償すること。	<input type="checkbox"/>
9 入所・入院等によりサービスが不要となった場合は、速やかに見守り配食事業者に連絡すること。	<input type="checkbox"/>
10 一時的に同居する親族が生じた場合は、速やかに見守り配食事業者に連絡すること。	<input type="checkbox"/>
11 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに市に変更届を提出すること。	<input type="checkbox"/>
12 利用日において、災害、悪天候、交通事情、その他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、又は配食が一時中止になることを承知していること。	<input type="checkbox"/>
13 上記事項が守られなかった場合、ひとり暮らし高齢者見守り配食サービスの利用を断られても異議がないこと。	<input type="checkbox"/>

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 ※代筆の場合は、申請者名の記入と申請者印が必要です。
 ※申請者と異なる場合に下欄に記載

代筆者 住所 _____
 氏名 _____ 続柄 _____

緊急連絡先登録同意書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者氏名

_____のひとり暮らし高齢者見守り配食サービスの利用に関し、緊急連絡先として登録し、下記について同意します。

記

- 緊急連絡先に登録し、緊急時には申請者の自宅に60分以内に駆けつけます。
- 緊急連絡先に登録する電話番号は、常に対応可能な電話番号を登録します。
- 配食時に申請者の応答がなく、見守り配食事業者より連絡が入った場合には、申請者の安否確認等の対応を引き継いで行います。
- 申請者の体調不良等の連絡が入った場合、通院等の対応を引き継いで行います。
- 緊急時において見守り配食事業者から連絡があった場合、その後の対応については市及び見守り配食事業者に、損害賠償等その他の要求は一切しません。
- 緊急時に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応は、市及び見守り配食事業者に要求しません。
- 緊急連絡先に登録している住所、電話番号等に変更が生じた場合は、迅速に市に報告します。

署名及び連絡先情報 (必ず緊急連絡先登録者本人が記入。代筆は不可)

フリガナ				続柄	
署名					
住所	〒				
電話	第1連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第2連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第3連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
駆けつけ時間	自宅から(分) 勤務先から(分)				