　　年　　月　　日

（宛先）小金井市長

小金井市高齢者食事支援サービス事業利用申込書

小金井市高齢者食事支援サービス事業を利用したいので、小金井市高齢者食事支援サービス事業実施要綱第７条の規定により、以下のとおり、申し込みます。

なお、利用に必要な要件の確認及び事業実施に係る情報の取扱いについて、次の事項に同意します。

・私及びその家族に関する住民基本台帳の閲覧をすること。

・世帯に関する住民税課税状況の閲覧をすること。

・様式第２号に記載された内容を配食事業者へ情報提供すること。

・小金井市見守り支援台帳に登載し、見守り支援が必要なときは、地域包括支援センター等の関係機関に情報を提供すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　者 | ふりがな |  | | 生年  月日 | | 大・昭  　　　年　　　月　　　日（満　　歳） | | |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 自宅電話 | （　　　　） | 携帯電話 | | | | （　　　　） | |
| 要介護  認定状況 | □要支援　□１　□２  □要介護　□１　□２　□３　□４　□５ | | | 世帯区分 | | | □単身世帯  □高齢者のみ世帯  □その他（　　　　　　　） |
| 申請理由  ※複数選択可 | □　日常の買物、炊事等に支障又は困難がある。  □　同居の家族にも要介護認定があり、支援を受けられない。  □　同居家族が障害、疾病等により食事の調達を行うことが困難である。  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

注　意　事　項

１　当サービスの利用期限は毎年６月末日までです。毎年更新できるかどうかの調査を行います。

２　要支援認定者又は要介護１もしくは要介護２の認定者は週３回（月１４回）、要介護３以上の認定者は週６回（月２７回）が利用限度となります。

３　要介護１又は要介護２の認定者のうち、「居宅サービス計画書の第２表」に配食サービスの必要回数を定めている場合に限り、週６回（月２７回）を利用限度とします。

４　自己負担額は、注文した食事の代金から市の助成額を差し引いた金額となります。

５　利用する配食事業者の変更は原則、年間で２回までとなります。

６　外出又は入院等の理由でサービスを利用しない場合、各配食事業者が取り決めた期限までに連絡をしてください。連絡がない場合は配食費用全額が自己負担となります。

７　配達時、事前の連絡なく不在だった場合、安否確認のため、緊急連絡先に連絡をします。状況によっては、ケアマネジャーや包括支援センターと情報共有を行い対応します。

８　以下の場合において、サービスを解除する場合があります。

　・事前の連絡がなく配達時の不在が続き、継続的なサービス提供が困難と市が判断した場合

　・「高齢者食事支援サービス」の対象者の要件を満たさなくなった場合