年　　月　　日

小金井市高齢者食事支援サービス事業利用登録依頼書兼登録内容変更届

**◎この書類は小金井市を通して配食事業者に送られます。**

**≪利用者情報及び緊急連絡先≫**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 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 | 　　　　（　　　　） |
| 緊急連絡先 | １ | ふりがな氏名 | 続柄 | 住所電話番号　　　　　（　　　　　） |
| ２ | ふりがな氏名 | 続柄 | 住所電話番号　　　　　（　　　　　） |

**≪食事プラン≫**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事プラン | 配食希望日を含む月～日曜日までの夕食の食事プランを、記号を使って全てご記入ください。※要介護１～２の方で、上限回数の変更を希望する場合は、「居宅サービス計画書の第２表」を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記号 | ○：配食希望日　か：家族が調理　デ：デイサービスで提供　へ：ヘルパーが調理レ：調理済食材（レトルト・冷凍食品等）の活用そ：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 夕食 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **例** | 月 | 火 | 水 |
| 〇 | デ | か |

※注意“〇”以外は原則、配食対象外の日となります。 |
| 配食事業者 | 希望業者名 | 開始（変更）希望日　　　　　月　　　日　（　　）※変更は、前月の20日までの届出が必要です。 | 配達方法□手渡し□不在時の置配を併用 |
| 開始連絡先 | ふりがな氏名 | 続柄 | 電話番号　　　（　　　　　　　） |

【ケアマネジャー・包括支援センター職員の署名欄】　※ケアプラン作成者の署名が必要となります。

配食サービスの必要性等についてご確認いただき、☑とご署名をお願いいたします。

|  |
| --- |
| **申込者の食事支援の必要性及び利用日・回数について確認をしました。**□ |
| 所属事業所 |  |
| ご担当者名 |  | 電話番号 |  |

小金井市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用可能上限数 | 　　　週　　　回まで　　（ただし、１か月間で上限　　回を超えない範囲） | 所得区分（市助成額） | □課税世帯（１００円）□非課税世帯（４００円） |
| 特記事項 | 　 | 利用者登録番号 |  |