

配食サービスの利用について



□事業対象者

安否確認を目的とした事業のため、本人への手渡しによる配食を行っています。

- 65 歳以上の単身世帯で見守り等が必要な方
- 65 歳以上で疾病等により治療食が必要な方
※治療食の方は、「主治医意見書」（自己負担）の提出をお願いしています。
様式は役場またはホームページより取得してください。

- ◆単身世帯でも、自分で調理ができる、見守り等の必要のない方は対象となりません。
- ◆本人への手渡しを行いますので、デイサービス等の通所サービスで、送迎が間に合わない場合は、利用することができません。

□利用料等について

- 月曜から金曜日までの 5 日間のうち、昼・夕合わせて 5 食まで。
- 利用料金の自己負担額は 1 食 400 円です。

申請後、配食サービスの対象となる方なのか調査を行います。後日ご本人・ご家族と日程を合わせ訪問調査を行います。

配食サービスの利用が決定した場合でも、一定期間ごとに調査を行います。

サービス利用を中止する際も役場まで申請してください。

◆記入して提出していただく書類

- 配食サービス申請書
(氏名、住所、生年月日、連絡先、保証人名、保証人連絡先、配達希望日、申請理由を必ず記入してください)
- 承諾書
- 主治医意見書 (治療食の方のみ：主治医意見書に係る費用は自己負担です。)

問い合わせ先

西原町健康支援課 介護支援係

TEL：945-4791

西原町地域包括支援センター

TEL：882-0117

年 月 日

西原町長 殿

配食サービス利用申請書

配食サービス利用について、西原町配食サービス事業実施要綱第 6 条に基づき、次のとおり申請します。なお、配食費については、受託事業者が指定する日に納めます。

申請者 (本人)	住所	西原町字			
	氏名	印	電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	身体状況	傷病等(傷病名等) 障害者手帳等(障がい名及び等級)			
	同居人の状況	氏名	続柄	生年月日	備考
				年 月 日	
				年 月 日	
			年 月 日		
対象の区分	<input type="checkbox"/> おおむね 65 歳以上の単身世帯の者 <input type="checkbox"/> 65 歳以上の者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等の発行を受けている者で単身世帯等のもの <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める者 ()				
保証人	住所				
	氏名	印	電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)	続柄		
配達希望日 (合計 5 食以内)	<input type="checkbox"/> 昼食 … 週 回 (月・火・水・木・金)				
	<input type="checkbox"/> 夕食 … 週 回 (月・火・水・木・金)				
食事種別	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食 ()				
申請理由					

※特別食の場合は、医師意見書を提出してください。

承 諾 書

年 月 日

西 原 町 長 殿

利用者氏名： _____ 印

住所：西原町字 _____

代理人（関係）： _____ () 印

私は、配食サービス事業を利用することが決定した際には、下記の事項を承諾します。

記

- 1 配達される食事は利用者が直接受け取ります。
- 2 利用を休止又は中止する場合は、前もって（昼食は当日午前9時まで、夕食は当日午後2時までに）配達業者、健康支援課または地域包括支援センターに連絡をします。
- 3 休止又は中止の連絡が遅れたとき、又はしなかったときは、1食あたりの利用料（1食当り400円）を支払います。
- 4 連絡もなく利用者不在の場合に、食事を配達員が利用者の食中毒発生防止のため食事を持ち帰ることを承諾します。