

配食による高齢者等見守り事業利用申請書

対象者	氏名		生年月日	年	月	日		
	住所	柳川市						
居住地	<input type="checkbox"/> 上記住所に居住（在宅） <input type="checkbox"/> その他（ ）							
高齢心身の状況	※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> が入ること <input type="checkbox"/> 要支援2または要介護 → <input type="checkbox"/> 要支援2・ <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級							
世帯の状況	※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> が入ること <input type="checkbox"/> 65歳以上の者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上と障がいがある人（64歳以下の要介護者等を含む）のみ世帯 <input type="checkbox"/> 障がいがある人（64歳以下の要介護者等を含む）のみ世帯							
その他の状況	※すべてに <input checked="" type="checkbox"/> が入ること <input type="checkbox"/> 見守りが必要（見守りが主目的の事業です） <input type="checkbox"/> 見守りができる家族が近隣にいない。 （同居、隣や、同一敷地、道を挟んで向かい側など） ⇒いるが見守りできない場合その理由（ ）							
緊急連絡先の登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ <input type="checkbox"/> 同時申請必須）							
希望する配食事業者								
回数等	週	回	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ※受け渡し時に不在の曜日は選択できません					
			<input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 ※いずれか1つ					
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかずのみ <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 治療食（ ）							
<p>サービス利用決定に際し必要とされる世帯構成、生計維持関係、要介護認定状況、生活保護受給の有無及び所得の状況等について、住民基本台帳、課税台帳、介護保険受給者台帳及び生活保護受給者名簿により確認されることを了承します。また、本申請書内容及び利用状況等を地域包括支援センター、在宅介護支援センター及び民生委員、介護サービス事業者等に提供することを同意します。</p> <p>柳川市長 宛</p> <p>年 月 日（※対象者または親族）</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____（自署）</p> <p>電話番号 _____</p> <p>※決定通知送付先 ⇒ <input type="checkbox"/>対象者住所 <input type="checkbox"/>申請者住所</p>								
※担当者確認欄	高・心身	<input type="checkbox"/>	世帯	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	世所得	課・非
	介護サービス状況の確認			<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 在介 <input type="checkbox"/> その他（ ）				