

札幌市高齢者配食サービス利用申請書

地区	No.
----	-----

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長 令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との続柄 _____)

電話番号 _____ FAX _____

下記のとおり札幌市高齢者配食サービスの利用を申請いたします。

記

利 用 者	ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
	氏 名			
	住 所	区	電話	—
	(アパート・マンション名)		号室)	

配食利用希望日に○をつけてください。

配食利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
---------	-----------------------

希望する配食事業者	
-----------	--

配食サービスが必要な理由

(生活状況、身体状況、介護者等による支援状況等を含めて配食が必要な理由)

別居親族

氏 名	生 年 月 日	続柄	住 所	電 話 番 号
	年 月 日			—
	年 月 日			—
	年 月 日			—
	年 月 日			—

(裏面へ)

< 担当者聞き取り記載欄 >

利用者の状況

要介護(要支援)認定結果等		認定等有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護支援事業者名		地域包括支援センター名	
現在利用しているサービス	介護保険サービス等	・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・訪問入浴介護 ・居宅療養管理指導 ・通所介護 ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・定期巡回型・随時対応型訪問介護看護 ・福祉用具貸与 (内容) ・住宅改修 (改修箇所) ・その他 ()	
	その他	・訪問指導 ・介護予防教室 ・理美容サービス ・あんしんコール ・紙おむつサービス ・日常生活用具 () ・その他 ()	

緊急時の連絡先の有無 (有 ・ 無)

氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号
			—
			—

民生委員等

民生委員氏名		電話番号	—
担当CW氏名		担当地区	

障害手帳等

身体障害者手帳	第 号	障害程度	種 級
		障害種別	視覚 ・ 聴覚 ・ 音声言語 ・ 肢体 ・ 内部
療育手帳	第 号	障害程度	A ・ B ・ B
精神障害者保健福祉手帳	第 号	障害程度	級

承 諾 欄

配食サービスを利用するにあたって、サービスの総合的調整等のため、私の情報の収集及び提供について、下記のことを承諾します。

- 1 居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び配食事業者が知り得た私の情報を、札幌市がこれらの機関から収集すること。
- 2 当該サービスにかかる申請書の写し、要介護(要支援)認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項)の写し、その他関係書類及び前号により提供を受けた情報を、札幌市がサービス提供にかかる必要な機関に提供すること。
- 3 サービス提供時に、健康状態に異常等があった場合、配食事業者が知り得た私の情報を、緊急時の連絡先、担当ケアマネジャー、民生委員、警察署、消防署等必要な機関に提供すること。

本人署名 _____

署名代理人 _____ (本人との関係 _____)