

收受	年	月	日
起案	年	月	日
決定	年	月	日
非公開	〔理由 個人情報〕		

文書番号		墨福高食第		号
決定	担当	係長	課長	給付番号

下記の申請について、「高齢者配食みまもりサービス」の対象者の要件に該当(する・しない)ので、(決定・却下)する。

高齢者配食みまもりサービス利用申請書

墨田区長あて		※裏面確認事項に同意の上、申請します。		年 月 日
申請者 (利用者)	住 所	墨田区		
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	自宅電話		携帯電話	
緊急 連絡先①	住 所			
	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	自宅電話		携帯電話	
緊急 連絡先②	住 所			
	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	自宅電話		携帯電話	
同居者	同居している人が、	氏 名		続 柄
	1 いる ⇒ ご記入ください。			
	2 いない			
連 絡	(区・事業者からの連絡先)	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先		
	(1)世帯構成：注意)高齢者でない方と常に同居されている方は利用できません。 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 日中等に独居状態となる世帯			
利用要件等 確認事項	(2)申請理由：炊事等が困難である心身の理由を具体的に記入してください。 注意)炊事の経験がない、高齢のため、調整食が作れないだけでは利用できません。			
	買い物・調理ができない理由・心身の状況等		同居者がいた場合、同居者が炊事を行えない理由	
	<input checked="" type="checkbox"/> ・記入してください。			
	例 転倒、骨折により長時間の歩行が難しく、買い物及び調理ができない。		例 ・同居者も配食サービスを利用している。 ・同居者が寝たきりのため炊事が行えない。	
【要介護認定状況】 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中				

↓↓↓↓引き続き、裏面もご記入ください。↓↓↓↓

