様式第1号(第4条関係)

七ケ浜町高齢者等配食サービス利用申請書

年　　月　　日

　七ケ浜町長　　　　殿

申請者　住所

氏名

(利用者との関係　　　　)

電話番号

　七ケ浜町高齢者等配食サービスを利用したいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 七ケ浜町 |
| 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 　 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 利用希望 |
| 家族の状況 | 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 | 有・無 |
| 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 | 有・無 |
| 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 | 有・無 |
| 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 | 有・無 |
| 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 | 有・無 |
| ＊単身世帯・高齢者世帯以外の方で利用を希望する理由 |
| 　 |
| ＊希望するサービスの内容　　（週3回を限度として選択） | 配食日 | 配食区分 | 配食事業者 |
| □月曜日 | □昼食　□夕食 |  |
| □火曜日 | □昼食　□夕食 |  |
| □水曜日 | □昼食　□夕食 |  |
| □木曜日 | □昼食　□夕食 |  |
| □金曜日 | □昼食　□夕食 |  |
| 緊急連絡先 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| ＊注意事項　1月1日から1月3日は、配食サービスを利用できません。 |
| 基　本　事　項 | 氏　　名 | 　 |
| 住　　所 | 　 |
|
| 電　話　番　号 | 　 |
| 利　用　要　件 | 　 |
| 希　望　す　る配　食　日 | 　 |
| 利　用　開　始　日 | 　 |
| 緊　急　連　絡　先氏　名　　・　続　柄 | 　 |
| 緊　急　連　絡　先電　話　番　号 | 　 |
| 健　康　状　況 | 体　　重身　　長ＢＭＩ（体格指数） | 　 |
|
| 主　な　疾　患 | 　 |
|
| 食　　物ア　レ　ル　ギ　ー | 　 |
|
| 治療食・配慮食を必要とする食事の必要（指示内容・疾病名・カロリー） | 　 |
|
|
| 食　形　態嗜　　好 | 　 |
|
| 特　記　事　項 | 　 |
|
|
|
|
|  |  |

同　意　書

七ヶ浜町が行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート、その他サービスを提供する上で知り得た個人情報について、高齢者福祉サービス関係者等に、必要最小限の範囲内で個人情報を使用することに同意します。

また、利用者の家族の個人情報についても、利用者の個人情報と同様に、必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

なお、利用者の家族の個人情報の使用については、家族の代表者が他の家族の個人情報の利用・提示についても責任をもって同意します。

　　　年　　　月　　　日

（利用者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人との関係）

（家族代表者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人との続柄）