

# 在宅福祉サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

岡崎市の在宅福祉サービス事業を利用したいので申請します。申請にあたり次の項目について承諾します。

- \* 申請者及び世帯の住民登録資料の閲覧、市民税課税状況の閲覧・調査
- \* 要介護認定結果、主治医意見書及びサービス利用状況等の介護保険情報等の閲覧
- \* 支給（利用）停止となる場合（受給資格喪失届の未提出、長期間利用がない、必要な届出が未提出）があること
- \* 委託事業者、消防、ケアマネジャー等への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供

## 在宅福祉サービス事業利用申請者

申請書記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 代筆承諾します		
住民票上の住所	〒444- 電話（ ） 岡崎市 (建物名等)			-		
フリガナ	生年月日			携帯電話		
申請者①氏名	大正 年 月 日 昭和					
個人番号 (マイナンバー)						
フリガナ	生年月日			携帯電話		
申請者②氏名	大正 年 月 日 昭和					
個人番号 (マイナンバー)						

↓ 現在のお住まいと住民票住所が異なる場合にご記入ください。

居住地	〒444- 電話（ ） 岡崎市 (建物名等)			-		
-----	---------------------------	--	--	---	--	--

希望サービス に ☑を記入	<input type="checkbox"/> 1 家族介護用品購入助成券	<input type="checkbox"/> 5 訪問理美容サービス助成券
	<input type="checkbox"/> 2 在宅ねたきり高齢者等見舞金	<input type="checkbox"/> 6 ふれあいデイサービス
	<input type="checkbox"/> 3 布団乾燥等	<input type="checkbox"/> 7 緊急通報システム
	<input type="checkbox"/> 4 寝具貸与	<input type="checkbox"/> 8 見守り配食サービス

\* 1～6は退院・退所日の翌日から申請可能。7・8は退院・退所日の1週間前から申請可能。

退院・退所日 年 月 日

市役所からの書類郵送先	<input type="checkbox"/> 利用申請者本人 <input type="checkbox"/> 親族（下欄に記入） <input type="checkbox"/> 夫婦別郵送希望			
フリガナ	氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 利用申請者と同じ			

## 提出代行者

名称	( <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 ) (担当: )		
所在地	〒 電話 ( ) -		

※事務処理欄  窓口  郵送 ( 月 日 到着 )

①宛名コード ( ) ②宛名コード ( )

決定  差戻し ( 月 日 )  却下 ( 月 日 )

申請者① 氏名		要件	
申請者② 氏名		要件	

見守り配食 事業者名	
---------------	--

※希望する事業者を記入してください

※要件欄は、以下の番号から選んで番号を記入してください

利用申請者の要件(B・C・Dの場合は65歳以上75歳未満)

- A 75歳以上
- 【65歳以上75歳未満の方】
- B 要介護 1・2・3・4・5 の認定を受けている
- C 要支援 1・2 の認定を受け、運転免許を自主返納している(証明書類必要)
- D 障がい者手帳等を所持 ( 身体 1・2級 療育 A・B判定 精神 1・2級 )

同居人の要件

- 利用申請者以外で同居している親族等がありますか
- いる (夫婦等で同時申請)
  - いる (申請者①②以外の親族等)

続柄	氏名	生年月日	年齢	該当する要件 (上記参照、B～Dは年齢不問)
				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

- いない (※住民票上の同居人がいる場合は居所届出書が必要)

緊急連絡先登録者

※60分以内に駆けつけできるかた(必ず2名の記載が必要です)  
 ※配食時間に連絡及び緊急時に申請者宅へ駆けつけが可能なかた  
 ※申請者と同住所の親族等や、地域包括支援センターは連絡先として登録できません

1 フリガナ

氏名

\_\_\_\_\_

2 フリガナ

氏名

\_\_\_\_\_

※ 事務処理欄	
<input type="checkbox"/> 75歳以上	<input type="checkbox"/> 要件【 要介 ( ) 身 1・2 療 A・B 精 1・2 要支 ( )/返納 】
<input type="checkbox"/> 同居人有(年齢、身体状況)	<input type="checkbox"/> 同居人无 <input type="checkbox"/> 隣接建物(年齢、身体状況、地区)
<input type="checkbox"/> 誓約書	<input type="checkbox"/> 連絡先数 <input type="checkbox"/> 連絡先登録同意書 <input type="checkbox"/> 居所届出書(有無)

## 誓 約 書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

利用申請者

〒  
住所

(自署または代筆) 申請者① 印

(自署または代筆) 申請者② 印

(代筆者) 氏名

(代筆理由： )

※代筆の場合は、申請者名の記入と申請者印が必要です。

私は、見守り配食サービスを利用するにあたり、下記の事項を固く守ります。

守らなかった場合は、見守り配食サービスの利用を断られても異議はありません。

## 記

- 1 配食時には必ず在宅し、配達員より直接受け取り、定められた時間内に食べます。  
(不在時の置き場所の指定は不可)
- 2 1食350円(特別食等は別途定められた金額)の食材費用を見守り配食事業者に支払います。
- 3 次の場合は、実費相当額(食材費用及び配食等の費用)を見守り配食事業者に支払います。
  - ・利用の休止や中止の連絡をしなかった場合(前日午後5時までに見守り配食事業者へ連絡)
  - ・申請者以外が食事を食べた場合
  - ・月途中に見守り配食事業者を変更した場合
  - ・配食時に受け取りができず、見守り配食事業者が弁当を持ち帰った場合
- 4 緊急時において見守り配食事業者から緊急連絡先に連絡があった場合、その後の対応については緊急連絡先が適切な対応を行うものとし、市及び見守り配食事業者に損害賠償等その他の要求は一切しません。
- 5 親族がない場合、または緊急連絡先に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応を、市及び見守り配食事業者に要求しません。
- 6 見守り配食事業者に対し、滞納や迷惑行為等があった場合は、利用の停止、利用資格の取り消しの決定に従います。
- 7 容器等の破損、紛失については、実費を弁償します。
- 8 入所・長期入院等により見守り配食サービスが不要となった場合は、速やかに市に連絡します。
- 9 6カ月以上利用がない場合は、見守り配食サービスの利用資格の取り消しに従います。

※ なお、利用日において、災害、交通事情、その他予期せぬ事故等の発生により、やむを得ず配食時間が変更、又は配食が一時中止になることもありますので、ご了承ください。

## 緊急連絡先登録同意書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者①氏名

申請者②氏名

\_\_\_\_\_と\_\_\_\_\_の見守り配食サービスの利用に関し  
緊急連絡先として登録し、下記の内容について同意します。

## 記

- 1 緊急連絡先に登録し、緊急時には申請者の自宅に60分以内に駆けつけます。
- 2 緊急連絡先に登録する電話番号は、常に対応可能な電話番号を登録します。
- 3 配食時に申請者の応答がなく、見守り配食事業者より連絡が入った場合には、申請者の安否確認等の対応を引き継いで行います。
- 4 申請者の体調不良等の連絡が入った場合、通院等の対応を引き継いで行います。
- 5 緊急時において見守り配食事業者から連絡があった場合、その後の対応については市及び見守り配食事業者には、損害賠償等その他の要求は一切しません。
- 6 緊急時に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応は、市及び見守り配食事業者には要求しません。
- 7 緊急連絡先に登録している住所、電話番号等に変更が生じた場合は、迅速に市に報告します。

## 署名及び連絡先情報 (必ず緊急連絡先登録者本人が記入。代筆は不可)

フリガナ				続柄	
署名					
住所	〒				
電話	第1連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第2連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第3連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
駆けつけ時間	自宅から( )分 勤務先から( )分				

## 緊急連絡先登録同意書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者①氏名

申請者②氏名

\_\_\_\_\_と\_\_\_\_\_の見守り配食サービスの利用に関し  
緊急連絡先として登録し、下記の内容について同意します。

## 記

- 1 緊急連絡先に登録し、緊急時には申請者の自宅に60分以内に駆けつけます。
- 2 緊急連絡先に登録する電話番号は、常に対応可能な電話番号を登録します。
- 3 配食時に申請者の応答がなく、見守り配食事業者より連絡が入った場合には、申請者の安否確認等の対応を引き継いで行います。
- 4 申請者の体調不良等の連絡が入った場合、通院等の対応を引き継いで行います。
- 5 緊急時において見守り配食事業者から連絡があった場合、その後の対応については市及び見守り配食事業者に、損害賠償等その他の要求は一切しません。
- 6 緊急時に連絡がつかなかった場合、救急搬送後等の対応は、市及び見守り配食事業者に要求しません。
- 7 緊急連絡先に登録している住所、電話番号等に変更が生じた場合は、迅速に市に報告します。

## 署名及び連絡先情報 (必ず緊急連絡先登録者本人が記入。代筆は不可)

フリガナ				続柄	
署名					
住所	〒				
電話	第1連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第2連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
	第3連絡先	自宅・携帯・勤務先	—	—	
駆けつけ時間	自宅から( )分 勤務先から( )分				