

# 高齢者食事支援サービス利用申請書

千代田区長 殿

年 月 日

下記のとおり、高齢者食事支援サービスの利用を申し込みます。

利 用 者	(フリガナ) 氏 名	( 年 月 日) 生		
	住 所	〒 ー 千代田区		
	電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )	※日中連絡が取れる連絡先
緊急 連絡 先	(フリガナ) 氏 名	電話番号	※日中連絡が取れる連絡先	
	住 所	〒 ー	申請者 との 関係	
高齢者食事支援サービス利用内容 裏面のとおり				

## 注 意 事 項

1. 高齢者食事支援サービス（以下 サービス）の提供にあたり、申請書の情報を事業者に提供します。
2. サービス開始の決定を判断するにあたり、後日、「相談センター（かがやきプラザ）」または「高齢者あんしんセンター」の職員が生活状況の確認・調査を行います。調査により、サービス対象者の要件を満たしていないと区が判断した場合、サービスの提供ができないことがあります。
3. サービス開始後、おおむね1年に1回、サービス対象者の要件を満たしているかどうかの調査をします。
4. 外出等の理由でサービスを利用しない場合、各事業者の取り決めた期限までに連絡をしてください。連絡がない場合の利用料金については、自己負担となります。
5. 配達時、事前の連絡なく不在だった場合、安否確認のため、緊急連絡先に連絡をすることがあります。状況によっては、ケアマネジャーや高齢者あんしんセンターと情報共有を行い対応します。
6. 下記の場合において、サービスを解除する場合があります。
  - ・事前の連絡なく配達時の不在が続き、継続的なサービス提供が困難と区が判断した場合
  - ・「高齢者食事支援サービス」の対象者の要件を満たさなくなった場合
  - ・定期的な調査に応じない場合
7. サービスの利用を中止する場合、区に連絡をしてください。
8. その他不明点については、下記問合せ先にご連絡ください。

### 【問合せ先】

千代田区 保健福祉部 在宅支援課 相談係  
 TEL 03-6265-6483 (直通)  
 FAX 03-3265-1163

