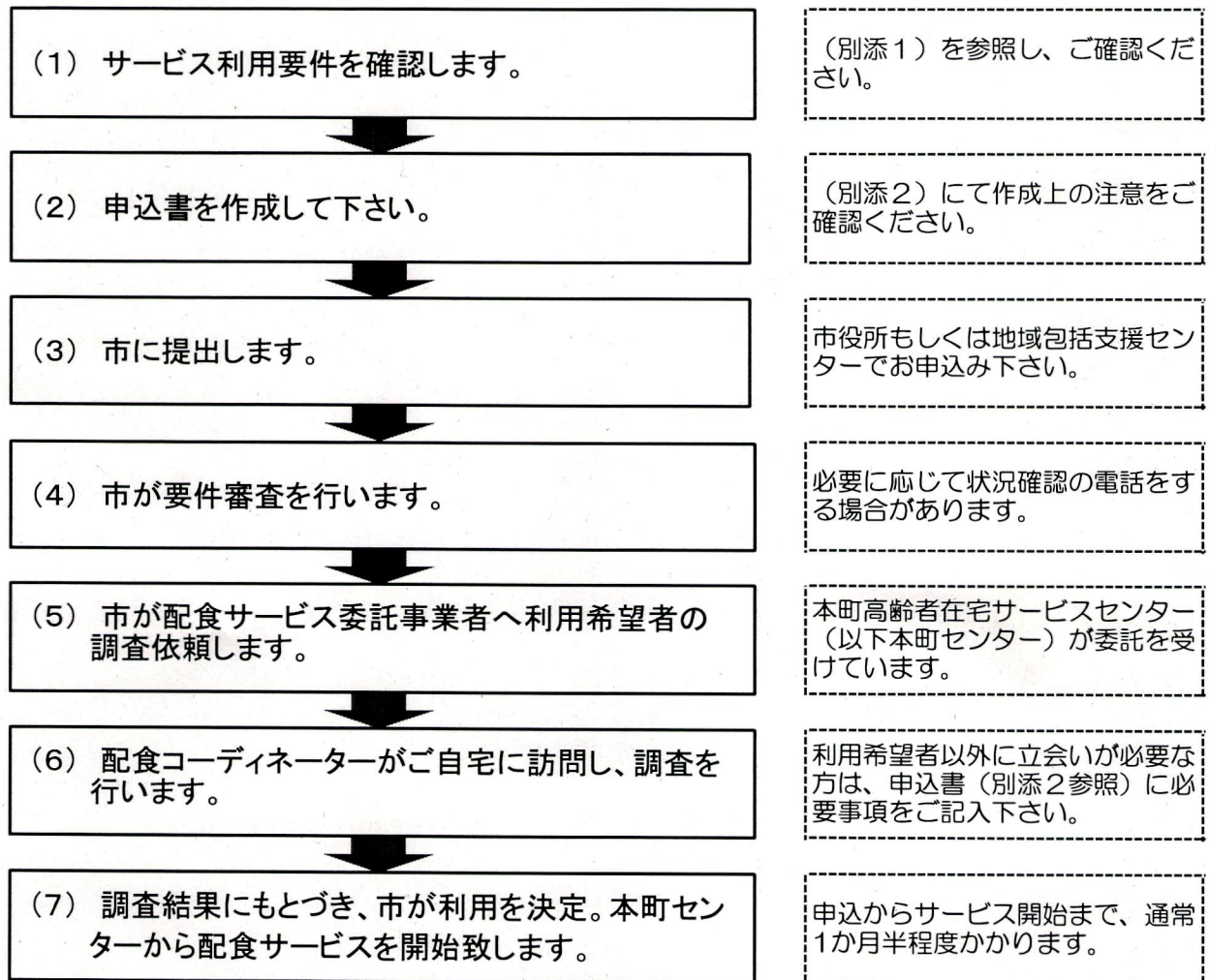


小金井市高齢者配食サービスの利用について

この事業は、見守りが必要な方に夕食(普通食のみ)を配達することにより安否確認を行い、もって、高齢者の自立生活の安全と健康を確保するものです。以下では、サービスの利用要件、サービス申込書の作成方法のほかサービス利用までのながれをお知らせいたします。ご確認のうえ、手続きをしていただき、ご利用開始以降も、行政ならびに配食実施事業所と連携し、ご利用者の自立生活の支援にご協力をお願い致します。

1. サービス利用のながれ



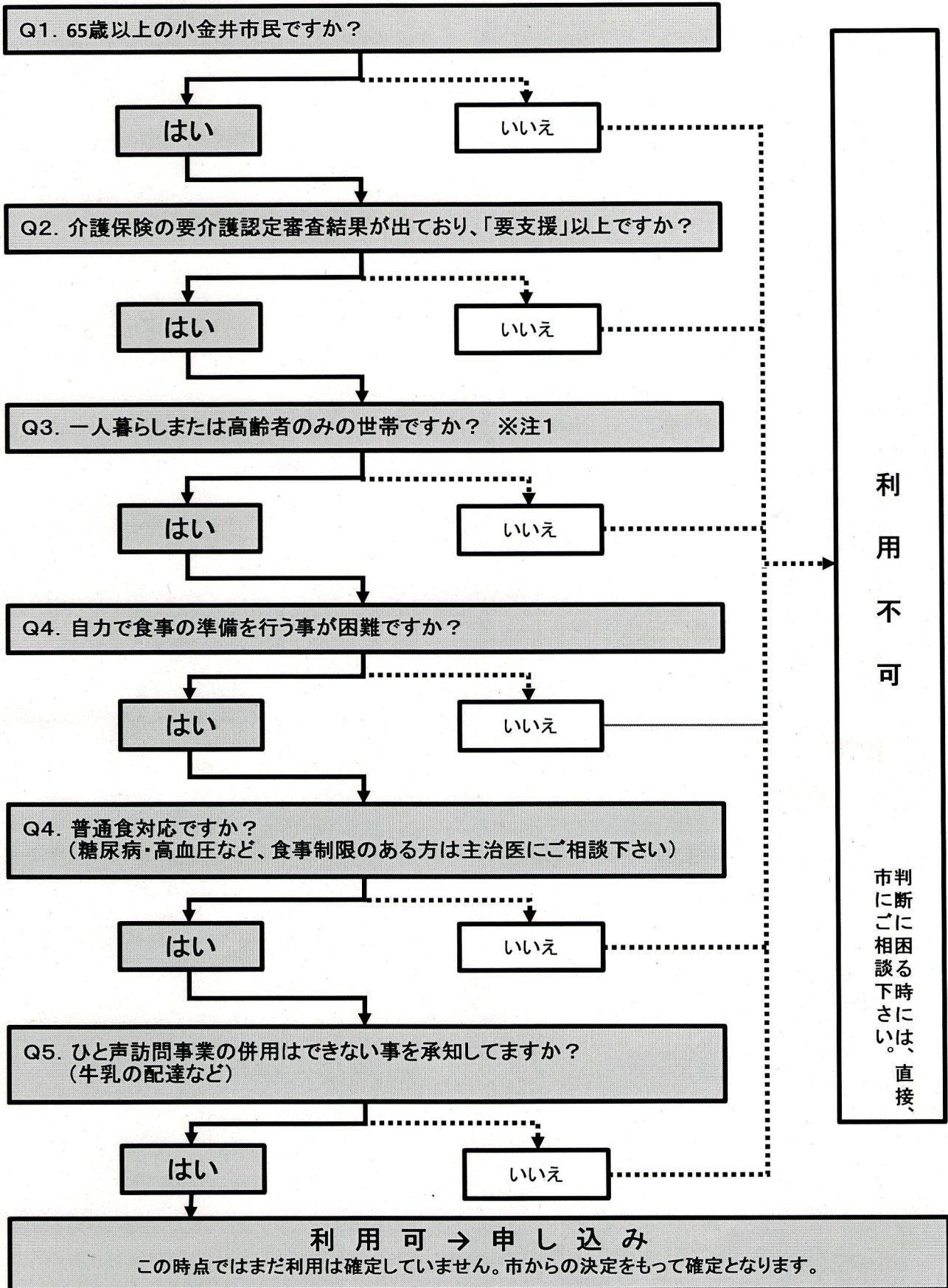
※ 退院などで緊急に配食サービスが必要な場合は、別途緊急配食サービス(一食当たり料金:一律600円)をご利用下さい。

2. サービス利用開始後のお願い

- (1) 配達時間は16:00~18:00になります。配達日はご在宅下さるようお願い致します。
- (2) ご利用者様に直接お弁当をお渡しして、安否確認を行ないます。
- (3) 利用曜日は安否確認の点からデイサービス等と同じ日はなるべく避けて下さい。
- (4) キャンセルや休止連絡について、ご本人にその能力が乏しい場合は担当ケアマネジャーより本町センター【☎042-388-8011】へご連絡下さるようお願い致します。
- (5) 担当ケアマネジャーや担当事業所の変更があった際は速やかにご連絡下さい。

サービス利用要件確認のためのフロー図

(別添1)



利用不可

市判に断りに相談する時には、直接、

注1 原則、同一敷地内に親族が居住している場合(二世帯住宅含む)は利用できません。事情がある場合(障害をお持ちである等)は利用できることもありますので、事前にご相談下さい。

【問い合わせ先】 市役所介護福祉課 ☎042-387-9843

申込書 作成上の注意点

様式第1号(第4系関係)

年 月 日

(宛先) 小金井市長

【食の自立支援事業】

受付番号

高齢者配食サービス利用申込書

※ 申込者と利用者が異なる場合のみ 記入してください

申込者 住 所

氏 名

電話番号

高齢者配食サービスの利用を下記のとおり申し込みます。なお、利用要件の確認のため下記項目について市の公簿等で確認すること及び小金井市高齢者見守り支援台帳に登録し、見守り支援が必要なときは関係機関に情報を提供することに同意します。また、食の自立を支援するため、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者又は関係者等から情報を得ることについても同意します。

記

+

利用者	住所	緊急時に駆けつけることが可能な家族・親族の連絡先を記入して下さい。 ※いない場合はケアマネジャーのお名前と連絡先をご記入下さい。			年齢
	氏名				年 月 日
区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他()				
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5				
希望する理由					
市民税課税状況 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯					
緊急連絡先備考	氏名	住所	同居別居	住所	電話番号
ひと声牛乳利用の有無、アセスメント時の立会者の有無を記入して下さい。					

※ この申込書項目は、電子計算組織に送付されます。