様式第1号(第5条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

**多度津町障害者等配食サービス事業利用申請書（兼登録台帳）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者情 報 | |  | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 連絡先  （電話番号等） | | | |  | | | | |
| 住所 | | | 〒　　　-  多度津町 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳等の状況 | | | □身体障害者手帳（　　　級）　　 □精神障害者保健福祉手帳（　　　　級）　　　□療育手帳（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の状況及び調理困難な具体的理由 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 同居の  家　族 | | 氏　名 | | | | | | | 利用者からみた続柄 | | | 生年月日 | | | | | | | | 障害や病気、介護の状況  （該当する場合は記載） | |
|  | | | | | | |  | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | |
| 同居家族が調理困難な理由 | | | □同居家族も障害や病気、高齢のため　　　　□仕事や家族介護のため不在にしているため  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者以外の連絡先 | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | 開始希望日 | | 年　　　月　　　日  月初～15日の申請：翌月1日より  16日～月末の申請：翌月15日以降 | | | |
| 希望  宅配業者 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 配食希望日  希望する曜日の昼食または夕食に○して下さい。 | | | | | | | 月 | | | 火 | | | | | 水 | | | | 木 | | 金 |
| 昼食 ・ 夕食 | | | 昼食 ・ 夕食 | | | | | 昼食 ・ 夕食 | | | | 昼食 ・ 夕食 | | 昼食 ・ 夕食 |
| 備考 | 宅配業者による事前説明時について　　□本人のみ　　□本人以外の立会  （氏名：　　　　 　　　　　 　　 　　利用者との関係：　　　　　 　　 　　連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、配食サービスの利用を申請します。利用決定に際し、私の所持している障害者手帳の情報、家族の課税状況について調査・確認されること、申請書の写しを実施団体に送付されること、民生委員に情報提供されることに同意します。 | | | | | | | | | | | 利用者 | | | （自書もしく  は記名押印） | | | | | | | |
| 申請者  （利用者以外が申請する際に記載） | | | 住所：  氏名：  利用者からみた続柄：  別紙に電話番号を記載しない者は別紙④に記載すること | | | | | | | |

多度津町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

（※町記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用の可否 | 可 ・ 否 | 認めない理由 | |  | | | | |
| 起案年月日 | * ・ | | 係 | | 係長 | 課長補佐 | 課長 |  |
| 決裁年月日 | * ・ | |  | |  |  |  |
| 通知年月日 | * ・ | |

（別紙）　利用者以外の連絡先

１．連絡先の皆様には、連絡をすることがありますので、以下の点についてお伝えください。

①多度津町配食サービスを利用すること

②緊急時や安否確認の際に連絡する可能性があること

２．連絡先に変更のあった場合は、申し出てください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日現在

①家族・親族等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者からみた続柄 | 連絡先  緊急時に連絡のつく電話番号等 | 優先順位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 機関名 | 連絡先  緊急時に連絡のつく電話番号等 |
| 相談支援事業所 |  |  |
| かかりつけ  医療機関 |  |  |

②関係機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 |  | | 氏名 |  |
| 連絡先  緊急時に連絡のつく電話番号等 | |  | | |

③民生委員

④備考欄

|  |
| --- |
|  |