様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会長　様

申込者　住　所　魚沼市

氏　名　　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号　　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄　 本人・家族・(　　　　)

ふれあい配食サービス事業利用申込書

◆サービスの利用を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 男 ・ 女  生年月日 大正  昭和　 年　　月　　日 (　　 歳) | | | |
| 利用者  氏　名 | ※申込者と同一の場合は記載不要 | | |
| 住　所 | 魚沼市 | | | | 電話番号　　　　－ | | |
| 利用開始  希 望 日 | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 利用の  対象者 | 高齢や障害等により心身に不安をかかえ、安否確認や見守りが必要な状態で、市内に住所を有し在宅で生活をしており、下記の  一つに該当する方 | | | | | | |
| 該当事由 | * ひとり暮らしの高齢者 * おおむね７０歳以上の高齢者のみの世帯 * 日中ひとりで見守りが必要な高齢者 * 日中ひとりで見守りが必要な障害者 * その他の世帯（ 　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | |
| 家族状況 | 氏　　　　名 | 続柄 | 住　所(別居の場合) | | | 緊急時連絡先 | 備考 |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |

＊サービスが必要な理由を記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| 民生委員児童委員  の意見 | □ 利用希望者は、高齢により買い物・調理が困難である。  □ 利用希望者は、心身が不全の状態にあり、買い物・調理が困難である。  □ 同居の方が、日中仕事等で不在であり、買い物・調理が困難である。  □ 同居の方が、心身が不全の状態にあり、買い物・調理が困難である。  ※補足理由記入欄 |
| 担当民生委員児童委員 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |