

前 長

令和●年●月●日

37●-●●●●●

前橋市●●町●丁目●●番地

●● ●● 様

前橋市長 ● ● ●



前橋市高齢者支援見守り配食事業利用開始決定通知書

令和●年●月●日付けで申請された前橋市高齢者支援見守り配食事業の利用について、次のとおり決定します。

|                |  |          |                         |            |               |   |   |   |       |
|----------------|--|----------|-------------------------|------------|---------------|---|---|---|-------|
| 被保険者番号         | 0000●●●●●●●●                                 |          | 配食登録番号※                 | ●●●●●●●●●● |               |   |   |   |       |
| 利用者氏名          | ●● ●●  |          |                         |            |               |   |   |   |       |
| 見守り配食利用開始      | 令和●年●月●日から                                   |          | 〔ケアプラン期間<br>令和●年●月●日まで〕 |            |               |   |   |   |       |
| 配食事業者          | 事業者名   | ●●●●●●●● |                         | 事業者電話番号    | 027-●●●●-●●●● |   |   |   |       |
| 利用の決定<br>となる曜日 |  | 月        | 火                       | 水          | 木             | 金 | 土 | 日 | 回数    |
|                | 昼食   | ○        | ○                       |            | ○             | ○ |   | ○ | 10回/週 |
| 夕食             | ○  | ○        |                         | ○          | ○             |   | ○ |   |       |
| 市負担額           | 1回の配送につき ●●●円（見守り及び配送料）                      |          |                         |            |               |   |   |   |       |
| 備考             | 利用しない場合には、配食事業者の決められた時間までに配食事業者へ直接連絡をお願いします。 |          |                         |            |               |   |   |   |       |

※配食登録番号は見守り配食の利用における申請情報の管理をするために付けている番号です。

前橋市福祉部長寿包括ケア課

代表 2 2 4 - 1 1 1 1 内線 3 1 3 3

直通 8 9 8 - 6 1 3 3

前 長  
令和●年●月●日

37●-●●●●●  
前橋市●●町●丁目●●番地  
●● ●● 様

前橋市長 ● ● ●



前橋市高齢者支援見守り配食利用不承認通知書

令和●年●月●日付けで申請された前橋市高齢者支援見守り配食事業の利用については、次のとおり不承認とします。

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 被保険者番号 | 0000●●●●●●●●            |
| 利用者氏名  | ●● ●●                   |
| 住 所    | 前橋市●●町●丁目●●番地           |
| 不承認理由  | 車の運転が可能で、買物・調理が出来るため対象外 |

前橋市福祉部長寿包括ケア課  
代表 2 2 4 - 1 1 1 1  
直通 8 9 8 - 6 1 3 3（内線 3 1 3 3）

前 長

令和●年●月●日

37●-●●●●●●

前橋市●●町●●丁目●●番地

●● ●● 様

前橋市長 ● ● ●



前橋市高齢者支援見守り配食利用変更決定通知書

令和●年●月●日付けで申請された前橋市高齢者支援見守り配食事業の利用変更については、次のとおり決定します。

|                         |  |          |                         |            |         |               |   |   |      |
|-------------------------|--|----------|-------------------------|------------|---------|---------------|---|---|------|
| 被保険者番号                  | 0000●●●●●●●●                                 |          | 配食登録番号※                 | ●●●●●●●●●● |         |               |   |   |      |
| 利用者氏名                   | ●● ●●  |          |                         |            |         |               |   |   |      |
| 見守り配食適用開始日              | 令和●年●月●日から                                   |          | 〔ケアプラン期間<br>令和●年●月●日まで〕 |            |         |               |   |   |      |
| 配食事業者                   | 事業者名   | ●●●●●●●● |                         |            | 事業者電話番号 | 027-●●●●-●●●● |   |   |      |
| 利用の決定<br>となる曜日<br>(変更後) |  | 月        | 火                       | 水          | 木       | 金             | 土 | 日 | 回数   |
|                         | 昼食   |          |                         |            |         |               |   |   | 7回/週 |
|                         | 夕食   | ○        | ○                       | ○          | ○       | ○             | ○ | ○ |      |
| 市負担額                    | 1回の配送につき ●●●円（見守り及び配送料）                      |          |                         |            |         |               |   |   |      |
| 備考                      | 利用しない場合には、配食事業者の決められた時間までに配食事業者へ直接連絡をお願いします。 |          |                         |            |         |               |   |   |      |

※配食登録番号は見守り配食の利用における申請情報の管理をするために付けている番号です。

前橋市福祉部長寿包括ケア課

代表 2 2 4 - 1 1 1 1 内線 3 1 3 3

直通 8 9 8 - 6 1 3 3

前 長  
令和●年●月●日

37●-●●●●●  
前橋市●●町●丁目●●番地  
●● ●● 様

前橋市長 ● ● ●



前橋市高齢者支援見守り配食事業利用終了通知書

令和●年●月●日付けで申請された前橋市高齢者支援見守り配食事業の利用については、次の理由により終了します。

|              |                              |         |            |
|--------------|------------------------------|---------|------------|
| 被保険者番号       | 0000●●●●●●●●                 | 配食登録番号※ | ●●●●●●●●●● |
| 利用者氏名        | ●● ●●                        |         |            |
| 見守り配食事業利用終了日 | 令和●年●月●日                     |         |            |
| 終了理由         | 現在入院中であるが、退院後は施設入所を予定しているため。 |         |            |

※配食登録番号は見守り配食事業の利用における申請情報の管理をするために付けている番号です。

前橋市福祉部長寿包括ケア課

代表 2 2 4 - 1 1 1 1 内線 3 1 3 3

直通 8 9 8 - 6 1 3 3