

確認事項 確認をして☑を記入		
次の内容について同意します。		
<input checked="" type="checkbox"/>	利用者の介護保険料納付状況及び賦課状況を確認すること。	
<input checked="" type="checkbox"/>	見守り配食事業の適切な運営のために必要があると市長が認める場合は、介護保険料納付状況及び賦課状況を担当の地域包括支援センター、ランチ、居宅介護支援事業者に情報提供すること。	
<input checked="" type="checkbox"/>	この申請書、緊急連絡先、ケアプラン及び賦課状況について配食事業者提供すること。	
<input checked="" type="checkbox"/>	安否確認のために配食事業者等が緊急連絡先へ連絡したり家に上がることがあること。	
利用者氏名 (必須) 前橋 太郎	代筆者氏名 _____	利用者との関係 (_____)
※利用者本人が自署できない場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。 その場合には、代筆者の署名をお願いします。		

「確認事項」に書かれている事項を確認し、チェックを入れて下さい。チェックが入らない場合は見守り配食事業の該当になりません。

署名について
利用者本人の署名が難しい場合は本人承諾の上、代理人により代筆をし、代理人の署名と利用者との関係を記入してください。

2. 申請理由

① ②買い物・調理が困難となる疾病等の例

骨折や捻挫などの身体の怪我	肺・呼吸器疾患 (COPD・結核・喘息等)	高齢 (90歳以上)
筋・骨疾患 (関節症・脊椎管狭窄症・円背等)	脳神経疾患 (脳卒中・パーキンソン等)	精神疾患
糖尿病・合併症	腎疾患・透析	視力障がい
循環器疾患 (高血圧・動脈硬化・心疾患等)	認知機能低下・認知症	
消化器系疾患	癌	

② 高齢者世帯に準ずる理由

ア	介護保険の事業対象者又は要支援・要介護認定を受けている方
イ	身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が1級で肢体不自由又は視覚障害の方
ウ	療育手帳の交付を受け、その障害の程度がAの方
エ	精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、その障害の程度が1級の方
オ	その他特段の理由がある (詳細を記載する)

見守り配食事業利用申請チェック表

以下の項目について、申請前に確認をお願いします。

- 前橋市に住民登録がある
- 65歳以上である
- ケアマネジメントの結果、配食の必要性が認められる
- 介護認定申請中でない(配食期間終了による更新を除く)
- 低栄養**か**買い物・調理困難**いずれかに該当する
- 1人で外出ができない、外出の手段がない(日常的に車を運転して外出していない)
- 家族やサービス等から日常の買い物の支援を受けられない
- 二世帯住宅、同一敷地内等、日々の見守りができる距離に親族がいない
- 見守り配食事業の利用日に他のサービスを利用していない
- サービス付き高齢者向け住宅等等、サービス付きの施設ではない
- お弁当の受け渡しで安否確認が可能である

※審査の結果、申請内容どおりの決定とならない場合があります。別紙の留意事項も必ずご確認ください。