様式第1号(第5条関係)

食の自立支援利用申請書

年　　月　　日

　おいらせ町長　　　　様

申請者住所

申請者氏名

電話

　下記により食の自立支援を利用したいので申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 利用希望者住所 | 　 | 年齢 | 　 |
| 利用希望する理由 | 　 |
| 希望する日時及び回数 | 年　　月　　日から　　　週　　　回 |
| 世帯構成 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

担当介護支援専門員所属・氏名

◎注意事項

【事業の目的】

　〇本事業は、高齢者等の食の自立支援及び日常の見守りを目的として、在宅の高齢者等へお弁当の配達を行います。

【対象者】

　〇対象は、６５歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯並びに身体障害者のうち、調理が困難で周囲の援助が得られない方等で、町の認定会議において、サービスを利用することが適切であると認められた方となります。（車を運転される方は対象外）

【実施者】

　〇本事業は、町から委託を受けたおいらせ町社会福祉協議会（以下「社会福祉協議会」）が行います。

【事業の内容】

　〇利用可能な日は、月曜日から金曜日で、土日祝日、１２月２９日～１月３日はお休みになります。

　　配達時間は、１０時３０分から１２時の間で、原則、対面での受け取りとなります。食べ終わった弁当箱は、各自で洗っていただき、次回配達時に回収します。

　　おかゆ、きざみ食等に対応します。詳細は社会福祉協議会へお問い合わせください。

【利用料金】

　〇料金は、１食当たり自己負担額３００円となりますので、社会福祉協議会へお支払いください。支払方法については、社会福祉協議会とご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　【お問い合わせ】

　　　　　　　　　　　　　　　　　おいらせ町役場　地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０１７８－５６－２１３２

　　　　　　　　　　　　　　　　　（福）おいらせ町社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０１７８－５２－７０６６