

平群町「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

平 群 町 長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先

利用対象者との続柄（ ）

次のとおり「食」の自立支援事業（配食サービス）を利用したいので平群町地域支援事業実施要綱に基づき申請します。尚、サービス利用に際し不可抗力により生じた事故については、平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

利 用 対 象 者	住 所	平群町				郵便番号		〒636ー	
	ふりがな					電話番号		(自宅)	
	氏 名							(携帯)	
	生年月日	大正 年 月 日 昭和				年齢		性別	男 ・ 女
					要介護状態				
状 世 帯 況 の	氏 名		続柄	年齢	要介護状態		備 考		
緊 急 連 絡 先	氏 名		続柄	住 所		電話番号			
希 望 す る 曜 日	月 火 水 木 金 (希望する曜日を○で囲んでください。) ※土曜日・日曜日・祝日並びに12月29日から翌年1月3日までは 利用できませんのでご了承ください。								
支援を必要とする理由（具体的に記入して下さい。）									

平群町「食」の自立支援事業利用に係る承諾書

私は、下記の【利用前のご確認事項】を理解した上で、平群町「食」の自立支援事業を利用するにあたり、以下の内容を承諾いたします。

なお、【利用前のご確認事項】を遵守せず利用し、正常な対応が出来ない場合には、平群町および委託業者への異議申し立てを一切行わないことについても同意いたします。

記

【利用前のご確認事項】

☐にチェックをお願いします。

- ☐ 1. 音信不通または町が緊急と判断した場合は、関係機関等が住宅内へ立ち入ることがあります。
- ☐ 2. 緊急時に関係機関等が住宅内へ立ち入る際、必要かつやむを得ない行為により住宅等の一部に受けた損害については、利用者の負担で修復するものとし、関係機関等はその責めは負わないことをご了承ください。
- ☐ 3. 配達日のキャンセル・変更等は2日前までに連絡してください。期日までに連絡がない場合は、キャンセル料がかかります。
- ☐ 4. 宅配される食事は、配達当日の昼食用です。衛生上の観点から、夕食もしくは翌日以降に食べないでください。
- ☐ 5. 減塩食、個別のアレルギー対応等はできかねます。個別対応が必要な方のご利用は、安全面の観点からお控えください。個人のアレルギー等による体調の変化には、一切責任は負えません。
- ☐ 6. 安否確認の観点から、原則として対面での手渡しとなります。対面での受け渡しができない場合、当該事業の利用をお断りすることがあります。
- ☐ 7. 利用料は、配達事業者への現金支払いとなります。支払いが滞った場合、支払いの確認ができるまでの間、ご利用を停止させていただきます。
- ☐ 8. 利用者が支払いを行うことができない状況になった際には、必ずご親族等が責任をもって利用料の支払を行ってください。

承諾日 年 月 日

利用者氏名 _____

代筆者 _____ (続柄 _____)