

平成30年11月22日

居宅介護支援事業所 様

高齢福祉課長 那須 正和

豊田市高齢者等配食サービス事業について【お願い】

日頃は当市の福祉行政に格別の御協力を賜り、誠にありがとうございます。
超高齢化社会の進展に伴い配食サービスの新規利用者也増加しています。迅速かつ適正な申請・受付事務を進めていく上で、下記のとおり地域包括支援センターの皆様御協力をお願いします。

記

1 利用開始日について

利用開始希望日は高齢福祉課の窓口提出日の翌日から7日後以降としてください。

例：10月31日（水）提出の場合、11月7日（水）以降

※年末年始、祝日などで連休がある場合は、この限りではありません。

申請から利用開始まで概ね1週間の期間を要します。（申請内容の審査・決定、業者への連絡、利用者への利用決定通知の送付、事業者から利用者への事前調整などに要する期間です。）

- (1) 利用申請書の利用開始希望日に、開始日と利用希望事業者名を必ず記載してください。
- (2) 緊急で配食の必要がある場合、市の事業を利用できるまでの間は、原則、自費での利用をお願いします。
- (3) 記入いただいた開始日から開始できない場合は、事業者又は市からスケジュール表に記載の作成者に御連絡します。

2 スケジュール表について（配食事業者からの意見を反映し、一部変更）

(1) 事前連絡の欄を追加

本人、家族、その他のいずれかにチェックし、連絡先を記載してください。
事業者が事前調整等の際に連絡します。

(2) 作成者の欄に電話番号を追加

記入いただいた開始日から開始できない場合の御連絡先です。また、利用者との調整等について、連絡や相談をすることがあります。

※ 利用開始希望日から配食の予定を記入してください。

※ 特記事項欄には、**配食事業者への連絡事項**を記入してください。

例・耳が遠いので、大きな声で呼んでください。

・歩行不安定で、玄関に行くまでに時間がかかります。

3 申請書、アセスメントについて

次の点について御留意をお願いします。

【申請書】

- (1) 利用開始希望日に、開始日と利用希望事業者名を必ず記載してください。
- (2) 緊急連絡先はなるべく2人を設定し、日ごろ連絡が取れる電話番号を記載してください。(親族や隣人など本人の状況が分かる方で、記載するにあたり、緊急連絡先に記載される方に了承をもらってください。)
- (3) 氏名のフリガナ、郵便番号など記入漏れのないように確認してください。

【アセスメント票】 「食生活能力」…具体的な状態

本人の状況(病状など、なぜ調理できないか)及び同居者がいる場合の同居者の状況(同居者が調理できない理由)を具体的に記載してください。

「これまで調理経験がなく、栄養バランスのとれた調理ができない」と記載されている場合があるが、「経験がない」というのは理由にはなりません。身体的な理由で調理ができない理由を記載してください。

4 その他

(1) 今後の予定について

来年度の事業実施に合わせて様式等を見直しする予定です。(次年度の地域包括支援センター事務マニュアルに掲載します。)

(2) 無料の試食について

(株)トフス及びのの・みらい(株)については、無料の試食(1食)があります。利用者に適した食事であるかどうか利用開始前に確認できますので、必要に応じて御活用ください。

【問合せ】福祉部高齢福祉課 給付担当 吉本・梅村 電話34-6984

高齢者等配食サービス事業スケジュール表（豊田地区）

年 月

H30.11月改定

*中止・変更の連絡は前日の午後5時までにはしてください。
*お弁当を受け取った日は、該当日に押印又はサインをしてください。

利用者	住所	豊田市		電話				
	フリガナ			性別	男・女			
	氏名			生年月日	明・大 昭・平	年	月 日	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 昼間高齢者等世帯 <input type="checkbox"/> その他						
緊急連絡先	氏名	(続柄)		電話				
	氏名	(続柄)		電話				
食事種類	<input type="checkbox"/> ごはん付 <input type="checkbox"/> おかずのみ			<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 特別食				
利用曜日	日・月・火・水・木・金・土・毎日・不規則							
一時利用	該当者のみ記入： 月 日から 月 日まで							
配食予定日		日	月	火	水	木	金	土
	昼	日	日	日	日	日	日	日
	夜	印	印	印	印	印	印	印
	昼	日	日	日	日	日	日	日
	夜	印	印	印	印	印	印	印
	昼	日	日	日	日	日	日	日
	夜	印	印	印	印	印	印	印
	昼	日	日	日	日	日	日	日
	夜	印	印	印	印	印	印	印
	通常 ○		通所サービスで不在日 ⊘					
	特記事項				事前連絡	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 口座振替			請求書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
支払い時期	<input type="checkbox"/> 月末 <input type="checkbox"/> 毎回							
事業者名	<input type="checkbox"/> トフス <input type="checkbox"/> 福寿園 <input type="checkbox"/> のの・みらい		作成者	事業所				
				氏名			電話	

記入例

高齢者等配食サービス事業スケジュール表 (●●地区)

年 月

*中止・変更の連絡は前日の午後5時までにしてください。
*お弁当を受け取った日は、該当日に押印又はサインをしてください。

利用者	住所	豊田市 西町○-×△			電話	34-69××	
	フリガナ	トヨタ イチロウ			性別	男・女	
	氏名	豊田 一郎			年月日	明・大 昭・平 ○年 ○月 ○日	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 間高齢者等世帯 <input type="checkbox"/> その他					
緊急連絡先	氏名	豊田 花子 (続柄 長男の妻)		電話	090-xxxx-△△△△ 35-66××		
	氏名	豊田 太郎 (続柄 長男)		電話	090-xxxx-△△△△		
食事種類	<input checked="" type="checkbox"/> ごはん付 <input type="checkbox"/> おかずのみ			<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 特別食			
利用曜日	日・月・火・水・木・金・土・毎日・不規則						
一時利用	該当者のみ記入： 月 日から 月 日まで						

日中連絡の取れる
電話番号を記入

※自費利用分は記入
しない(補助対象分
のみ記入)

	日	月	火	水	木	金	土
	日	1日	2日	3日	4日	5日	6日
昼	○	○	○	○	○	○	○
夜	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
	7日	8日	9日	10日	11日		
昼	○	○	○	○	○	○	○
夜	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日
昼	○	○	○	○	○	○	○
夜	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日
昼	○	○	○	○	○	○	○
夜	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
	28日	29日	30日	日	日	日	日
昼	○	○	○				
夜	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ				
通常 ○			通所サービスで不在日 ⊕				

特記事項 (事業者への連絡事項を記入) 耳が遠いので、大きな声で呼んでください。		事前連絡 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (豊田 花子(長男の妻)) <input type="checkbox"/> その他 ()	
支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 <input checked="" type="checkbox"/> 口座振替	請求書 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (豊田 太郎(長男)西町○-×△)
支払い時期	<input checked="" type="checkbox"/> 月末 <input type="checkbox"/> 毎回	事業者名	事業所
	<input checked="" type="checkbox"/> トフス <input type="checkbox"/> 福寿園 <input type="checkbox"/> のの・みらい	作成者	〇〇包括支援センター
		氏名	〇〇 〇〇
		電話	〇〇-〇〇〇〇

電話番号を記入