

甲良町配食サービス事業利用申請書

年 月 日

甲良町長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	対象者との関係	
	電話番号	

甲良町配食サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

利用者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日			
住 所	犬上郡甲良町大字			電話番号				
要介護認定	要支援・要介護( ) なし(自立・虚弱・障害有)		ケア マネージャー	所属 氏名				
障害等認定	級							
世帯の状況	ひとり暮らし世帯、高齢者世帯、昼間高齢者世帯 老衰、心身の障害、傷病等の理由による世帯等( )							
配食を希望する理由	(本人の心身の状況・病気等)							
配食内容	ご飯(有・無)、その他( )							
希望業者名								
配食を希望する曜日 (希望に○)		月	火	水	木	金	土	配食開始の希望日  年 月 日
	昼食							
	夕食							
緊急連絡先	氏名		続柄		電話		住所	

## 個人情報の利用に係る同意書

私 \_\_\_\_\_ は、甲良町配食サービス事業の実施に際し、私及び親族等に関する情報の利用について事業遂行の目的ため必要最低限の範囲内で下記により使用、提供又は収集することに同意します。

### 記

#### 1 個人情報取扱機関、事業者等

- (1) 甲良町 保健福祉課
- (2) 甲良町配食サービス受託事業者
- (3) 担当の居宅介護支援事業所
- (4) 甲良町配食サービス事業の運営に関し、甲良町が特に必要と認めた事業所(甲良町地域包括支援センター)

#### 2 利用期間

甲良町配食サービス事業においてサービス提供に必要な期間

#### 3 利用目的

甲良町配食サービス事業における次の「4 使用条件」の範囲

#### 4 使用条件

個人情報の収集は必要最低限とし、その利用についてはサービス提供に関わる目的以外には使用しないものとする。また、個人情報取扱機関・事業者等は甲良町配食サービス事業の開始前から廃止後においても第三者に提供しないものとする。

- (1) 申請書受理、配食会議、関係機関との調整に係る事務及び連絡調整の業務
- (2) 緊急時の安否確認、電話対応業務
- (3) 配食サービス事業利用者台帳の入力、更新整備業務
- (4) 利用者負担金徴収業務

年 月 日

甲良町長 様

利用者氏名 \_\_\_\_\_