

長浜市見守り配食支援事業のご案内

長浜市では、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の人等で、近くに親族がおられないなどにより安否確認を必要とする人を対象に、配食を通じた見守り支援を実施しています。

【ご利用いただける人】

次の①か②のどちらかに該当し、見守りが必要と判断される人で、市税・介護保険料・国民健康保険料（税）及び後期高齢者医療保険料に未納がない人。

- ① 65歳以上の高齢者
- ② しょうがい者手帳（肢体、視覚、内部しょうがいに限る）1級・2級、療育手帳重度、精神障害者手帳1級・2級に該当する人

※ただし、①、②どちらの場合も、同居している人が見守り（安否確認）できる場合や、家族等の訪問やヘルパー、デイサービス等の福祉・介護サービスの利用により、原則、週5日以上見守り（安否確認）ができていない場合は対象となりません。

見守り（安否確認）が必要な人とは…

- ・ 疾病等により日常生活動作（移動・排泄・洗面・入浴等）の低下がみられる人
- ・ 認知症やうつ病等で外出が困難で引きこもりとなっている人 など

【サービス内容】

○配食業者がお弁当を配達する際に、声かけを行い、安否確認を行います。
（昼食または夕食どちらか一方のみ、1日1回、週5回を限度）

○配食時、利用者に異常がある場合は、申請時に登録していただいた緊急連絡先または、長浜市高齢福祉介護課に連絡します。

【配食業者・自己負担額】

裏面参照

【支給対象期間】

2年間 ※期間終了後も利用いただく際は、更新申請が必要です。（誕生月で更新）
ただし、初回の対象期間は利用開始から1年間と、それ以降に迎える誕生月の月末までとなります。

【申請について】

申請書類に必要事項を記入し、長浜市高齢福祉介護課に提出してください。
書類提出時、または後日、利用者の状況を聞き取りさせていただきます。

※聞き取りの結果と審査により、利用の可否を決定いたします。

～ まずは、高齢福祉介護課までご相談ください。～

担当：長浜市役所 高齢福祉介護課 高齢企画係 ☎0749-65-7789

長浜市見守り配食支援事業サービス業者一覧 R2

事業者名	電話番号	配達曜日	配達時間		内容	安否確認方法	自己負担額	受付方法 キャンセル
			昼食	夕食				
(株) ミールサービス たにぐち	0749- 62-6603	月曜～土曜	11時 ～ 12時	16時 ～ 18時	<ul style="list-style-type: none"> ・普通食、糖尿病食、腎臓病食、減塩食など ・一口大、刻み食、ミキサー食、ソフト食など ・ごはん、軟飯、おかゆ、ごはんなし、味噌汁なしなど ・アレルギー、好き嫌いの対応も行います。 	緊急時や不在の場合、ご自宅や緊急連絡先等へ連絡します。不在の場合、指定された場所へ再送等を行います。	520円 (おかずのみも有) ※市の配食支援事業以外の配食は現在行っていません。 ※補助対象外の場合 730円	昼食は当日午前10時、夕食は当日午後3時までに連絡
		<ul style="list-style-type: none"> ●西浅井・余呉・木之本・高月地区につきましては、夕食の配達はできません。(高月は配達可能地域あり。業者と要相談) ●配達時間の切り替え(昼食から夕食へ等)は新規申込時または更新時のみとなります。(業者と要相談) 						
※1 ワタミ(株) 「ワタミの宅食」	0120- 321-510	月曜～金曜 (日替わり5日間J-ス)	要相談	※2 17時 まで	普通食 (冷蔵で届くため、電子レンジで温めてお召し上がりください。)	緊急時や不在の場合、緊急連絡先等へ連絡します。不在の場合は、保冷用の容器に入れます。	210円～390円 (おかずのみも有) ※補助対象外の場合 460円～640円	毎週(水)受付締切、翌週(月)よりお届け 受付締切後の変更、キャンセルはご遠慮いただいております。
		注)5日間単位での販売です。1日単位でのご注文、キャンセルは不可。 ●配達可能地域につきましてはお問合せください。(業者と要相談)						
宅配クック 123 (ワン・ツウ・スリー)	0749- 54-8088	年中無休 (1/1～3除く)	12時 まで	18時 まで	<ul style="list-style-type: none"> ・普通食、健康ボリューム食、カロリー塩分調整食、たんぱく塩分調整食、透析食、消化にやさしい食、やわらか食、ムース食など。 ・一口大、きざみ、極きざみの対応できます。 ・おかずのみ、ごはん付き(普通炊き、やわらか炊き、おかゆ)が選べます。 ・アレルギー、禁食等にも対応。 ・常温の状態でのお届けです。 	緊急時や不在の場合、緊急連絡先等へ連絡します。不在の場合は、指定された場所へ保冷バックに入れて対応します。	364円～590円 (おかずのみも有) ※補助対象外の場合 594円～820円	前日18時までに電話にて受付
		●配達可能地域につきましては、お問合せください。(業者と要相談)						

※1 支払方法は前金払いとなり、申込みから配食開始まで期間(1～2週間)を要する場合があります。

※2 夕食の注文はできますが冷蔵保存のため、ご指定の時間帯の配達が出来ない場合があります(業者と要相談)。

見守り配食支援事業利用申請書

年 月 日

長浜市長 あて

〒

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(利用者との続柄：)

次のとおり長浜市見守り配食支援事業の利用を申請します。

なお、利用の可否を決定するために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料、市税、介護保険料、国民健康保険料（税）及び後期高齢者医療保険料の納付に関する資料その他必要な資料について、関係機関に照会・閲覧されることに同意します。

また、見守り配食支援事業の決定を受けた際には、事業実施に必要な個人情報等を委託事業者、民生委員、関係機関等へ提供することに同意します。

(ふりがな) 利用者氏名								生活保護受給
	生年月日	年	月	日(歳)			(有 ・ 無)
住 所	〒 長浜市							
電 話 番 号	()	世 帯 構 成 (該当に☑)		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者と同居する者すべてが65歳以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他()				
利用希望事業者 (いずれかに○)	ミールサービスたにぐち ・ ワタミの宅食 ・ 宅配クック123							
配 食 区 分 (どちらか一方に○)	昼食 ・ 夕食							
見守り状況		月	火	水	木	金	土	日
	朝							
	昼							
	夕							
【家族や利用しているサービスにより安否確認ができていない曜日】 次の凡例により記入してください。 (家族等…「家」、ヘルパー…「へ」、デイサービス…「デイ」、 訪問看護…「訪看」、その他のサービス…「他」など)								
前回利用決定の有無	有 (決定期間 年 月 日から 年 月 日)							無

配達時に利用者が留守の場合の連絡先・緊急連絡先

住 所	〒	電話番号	
		携帯電話	
氏 名		利用者との関係	

見守り配食支援事業利用申請書

○年 ○月 ○日

長浜市長 あて

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者は、「本人」または「ご家族」となります

申請者 住所 長浜市◇◇町〇〇番地

氏名 〇〇 〇〇

電話番号 ××-××××

(利用者との続柄: 本人)

次のとおり長浜市見守り配食支援事業の利用を申請します。

なお、利用の可否を決定するために、利用者及び利用者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料、市税、介護保険料、国民健康保険料(税)及び後期高齢者医療保険料の納付に関する資料その他必要な資料について、関係機関に照会・閲覧されることに同意します。

また、見守り配食支援事業の決定を受けた際には、事業実施に必要な個人情報等を委託事業者、民生委員、関係機関等へ提供することに同意します。

利用者氏名 (ふりがな)	(〇〇〇〇 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇		生活保護受給					
	生年月日 昭和▲年 ●月 ■日(●●歳)		(有・ 無)					
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市 ◇◇町〇〇番地							
電話番号	(××) ××××	世帯構成 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> しょうがい者と同居する者すべてが65歳以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他()					
利用希望事業者 (いずれかに○)	ミールサービスたにぐち ・ ワタミの宅食 ・ 宅配クック123							
配食区分 (どちらか一方に○)	昼食 ・ 夕食							
見守り状況	朝							
	日		デイ		デイ		ヘ	家
※現在の家族の見守りや福祉・介護サービスの利用状況をご記入ください ※利用しているサービスにより安否確認ができていない曜日 ※この凡例により記入してください。 (家族等…「家」、ヘルパー…「へ」、デイサービス…「デイ」、訪問看護…「訪看」、その他のサービス…「他」など)								
前回利用決定の有無	有(決定期間 年 月 日から 年 月 日)							無

※希望の業者に○をつけてください

※補助はどちらか一方のみです

※現在の家族の見守りや福祉・介護サービスの利用状況をご記入ください

※「有」が「無」のどちらかに○

配達時に利用者が留守の場合の連絡先・緊急連絡先

住所	〒 △△△-△△△△	電話番号	****-**-****
	〇〇市◆◆町××番地	携帯電話	090-****-****
氏名	〇〇 ◆◆	利用者との関係	子(長男)

※緊急時に連絡します。第2連絡先を設定したい場合は、欄外に記入ください。

見守り配食支援事業 状況調査票（新規申請用）

記入年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
記入者氏名	〇〇 □□ (ご関係: 子(長男)) (連絡先: **-* ** *)
利用者氏名	〇〇 〇〇 男 ・女 (昭和 ▲ 年 ● 月 ■ 日生 △△ 歳)
決定通知の郵送先	【書類の郵送先に〇をつけてください。※〇がない場合は、申請者あてに送付します。】 ・申請者の住所 ・利用者の住所 ・ 緊急連絡先の住所 ・その他の住所 〒 - 郵送先 宛名
世帯構成	1 単身 2 高齢者世帯 3 その他()
家族構成・状況	【例:子3人(長女:県外、長男:市内〇〇町、次男:△△市)、姉(市外)など】 妻、子2人(長男:〇〇市、長女:市内〇〇町)
介護認定	1 なし 2 申請中 3 あり【要支援(1・2)・要介護(1 2 ・3・4・5)】
障害手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)
現在利用している相談機関	1 なし 2 あり (事業所名: ケアプランセンター〇〇) (担当者名: 〇〇ケアマネジャー)
疾病の状況(病名、時期等)	・ 糖尿病(3年ほど前から服薬治療中) ・ 変形性膝関節症(5年ほど前) ・ 認知症(1年前から。最近、物忘れが多くなった。)
歩行	1 普通 2 支えがあれば可 3 介助があれば何とか可 4 全く歩けない
視力	1 普通 2 やや支障がある 3 ほとんど見えない 4 全く見えない
聴力	1 普通 2 大声で聞こえる 3 耳元でやっと聞こえる 4 全く聞こえない
意思の伝達	1 できる 2 ときどきできる 3 ほとんどできない 4 できない
物忘れ	1 ない 2 時々ある 3 しばしばある 4 ひどい物忘れがある
外出	1 自分で行ける 2 介助により行ける 3 全くできない
食物アレルギー	1 なし 2 あり (アレルゲン: サバ)
治療食・配慮食の必要	1 なし 2 あり (糖尿病食 腎臓病食・減塩食・その他)
食形態	1 普通 2 工夫が必要 (軟らかめ ・刻み食・ミキサー食・その他)
見守りが必要な理由	※身体機能の問題や生活状況など見守りが必要な理由を具体的に記入してください。 足腰の痛みがひどく、歩行が不安定でよく転倒する。週2回のデイサービスと週1回のヘルパーを利用している。妻も要介護2で、見守りをしてもらうことが難しい。長男は遠方で、長女も仕事のためあまり来ることができない。