**【対象者にならない条件について】**

下表にあげた例に当てはまる方は当事業を原則利用できません。

安否確認を目的としている事業のためご了承ください。

|  |
| --- |
| **心身の状態に不安がなく、見守りは必要としていない** |
| 《高齢、持病、障がい等により心身の状態悪化、急変のおそれがある方など見守りを必要としている方を対象とするためです。》例）・持病がない・定期的な受診をしていない・訪問員による見守りは不要と感じる |
| **同敷地内に家族・親族がいる** |
| 《敷地内に家族、親族が居住している場合は、その方による見守りがあるとみなします。》例）・お住まいの敷地内において、敷地内同居をしている方がいる・日中は仕事などで不在だが夜間はともに生活している方がいる・住所のうえで枝番（『100番地の1』と『100番地の２』など）で分かれていても敷地の外観上同敷地と認められる場合 |
| **対象者宅へ定期的に訪問する者がいる** |
| 《閉じこもり傾向にある方や、孤立しており見守りを必要としている方を対象とするためです。》例）・デイサービスからのお迎えの方が来る・ヘルパーの方が来る・とくし丸など訪問販売が来る・生協の配達員が来る・親族や友人が食事支援や見守りのために訪問している・配食サービスを利用している |
| **外出する機会が多く、訪問員から直接受け取れない** |
| 《直接手渡しによる安否確認を目的としているためです。》例）・アルバイトなどを含む就労をしている・老人クラブ活動やサロン活動などで外出する機会が多い方・日中不在がちであり、訪問員と直接会うことが困難と予想される方 |

愛の定期便の利用を希望される方へ…

　～利用される方の生活状況を確認させていただきます～

事業申請にあたっては事前に普段の生活状況をご確認の上、

各項目の左側チェック欄に☑チェックを入れてください。

※各項目に該当しない例については裏面に例を掲載しております。

必ず裏面をご確認の上、チェックリストを記載してください。

**◎全ての項目にチェックが入った方が対象者です**

|  |  |
| --- | --- |
| ☑ | 項　目 |
|  | １）　持病等により心身の状態に不安があり、訪問による見守りが必要　　　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※必ずご記入ください |
|  | ２）　同敷地内に家族や親族はいない |
|  | ３）　対象者宅へ定期的に訪問する者がいない　　　　例：デイサービスやヘルパーの利用がない。 |
|  | ４）　趣味活動、就労、ボランティア活動などをしておらず、日中在宅で過ごしている |
|  | ５）　緊急連絡先の方が以下について同意している・氏名、連絡先などの情報を関係者へ提示する事・緊急時に連絡をする事 |

利用者本人　確認欄

私は、裏面の各項目に該当しない例を確認し申請前チェックリストを記載しました。

令和　　年　　月　　日　　　利用者氏名