

## 食の自立支援サービス利用申請書

平成      年      月      日

上野村長

申請者 住所 上野村

氏名 \_\_\_\_\_

電話 (      ) \_\_\_\_\_

利用者との続柄 (      ) \_\_\_\_\_

次のとおり食の自立支援サービスを利用したいので申請いたします。なお、申請内容の確認のため利用者の身体状況、介護保険認定状況について調査することに同意します。また、本申請に係る調査内容について、配食事業者に情報提供することに同意します。

ふりがな 利用者氏名		生年 月日	年	月	日	性別			
			(      歳 )						
利用者住所 電話番号	上野村		電話番号 (      )						
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 準高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 (      )								
同居家族	氏 名	続柄	年齢	勤務先名		電話番号			
緊急 連絡先 (不在時 連絡先)	氏 名	利用者との 関係	住 所			電話番号			
申請理由	介護者の入院    介護者の病気    介護者の仕事    その他 日々の調理が困難な状況(具体的に)								
配食希望 内 容	回 数		月	火	水	木	金	土	日
	週      回	昼							
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 (      )								
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (    身障    精神    知的 ) <input type="checkbox"/> なし								

## 別記様式 1 ( 1 - 2 )

通院・往診 状況等	医 療 機 関 名				主 治 医						
	服 薬										
	通院状況				毎日	週__回	月__回	不定期	なし		
	往診状況				毎日	週__回	月__回	不定期	なし		
	医師の 指導内容										
体格等	体 重		身 長		B M I						
	k g		c m								
6ヶ月の体重 の増減		変化なし		増えた ( ) k g		減った ( ) k g					
本人の状態	四肢機能(麻痺等)		右上肢	右下肢	左上肢	左下肢	( )				
	視 力		普 通	見えにくい		困 難					
	聴 力		普 通	聞こえにくい		困 難					
	言 葉		普 通	話しにくい		困 難					
	睡 眠		普 通	不 眠	頻 尿	睡眠薬					
	外 出		自 由	介助道具必要 ( )		介助員必要					
	移 動		自力で可能	部分介助 ( )		全面介助					
	排 泄		自力で可能	部分介助 ( )		全面介助					
食に関する 状況	(当てはまる欄に を ご記入下さい)		食事	献立 作成	買物	調理	配、 下膳	ゴミ 出し	火気 管理	食費 管理	
	できる										
	一部介助必要										
	できない										
添付書類	居宅介護サービス計画表(ケアプラン)										
現在利用し ているサー ビス	なし	あり	緊急通報システム うらら		訪問介護 その他 ( )		デイサービス ( 週 回 )				
特記事項											

は記入する必要はありません。

要介護認定者はケアプラン(居宅介護サービス計画票、週間サービス計画表)を提出して下さい。