

様式第1号

在宅高齢者配食サービス利用（変更）申請書

年 月 日

滑川市長あて

住所

申請者 氏名

電話

次のとおり、在宅高齢者配食サービスを利用したいので利用（変更）申請いたします。なお、本申請書の写し及び申請に係る調査内容について、関係機関に提示又は提供することに同意します。また、申請内容についての確認のために利用者の家族状況、身体状況、介護保険認定状況等について調査することに同意します。

管理No.

対象者	住所	滑川市		電話	-			
	氏名			性別	男・女			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	年齢				
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし(登録済・未登録) <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他( )								
申請理由	日々の調理が困難な状況(具体的に)							
家庭の状況/その他								
食に関する状況 (当てはまる欄に○ をご記入ください)		献立作成	買物	調理	片付け	ゴミ出し	火気管理	食費管理
	できる							
	できない							
現在利用している食関連サービス(民間含む)	<input type="checkbox"/> 宅配(食材) <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 <input type="checkbox"/> 軽度生活援助事業 <input type="checkbox"/> 生きがいデイ <input type="checkbox"/> 宅配(弁当) <input type="checkbox"/> 栄養改善(訪問) <input type="checkbox"/> 栄養改善(通所)                    その他( )							
●緊急時連絡先	氏名	住所		関係	電話			
希望(変更)内容	主食(ごはん) ・ 副食(おかず)							
	週 回		月・火・水・木・金・土					

※配食の希望内容については、調査の上変更となる場合があります。

実態把握調査の結果	適 ・ 否		週 回の利用を適切と判断します				
	利用開始(変更)年月日		令和 年 月 日				
食関連サービス調整内容	月	火	水	木	金	土	日
次回アセスメントのめやす	実態把握調査機関				担当者氏名		
年 月頃							

※ この申請書に記載された個人情報は、利用の決定及びサービスの提供のみに用いることとし、市及び事業の実施委託先以外の第三者へは提供しません。