

食の自立支援事業利用申請書

令和 年 月 日

あわら市長 様

申請者 住所 あわら市

氏名

次のとおり、配食サービスを利用したいので申請します。

配食を必要とする者	住所	あわら市			電話番号	
	氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯			行政区		
申請理由						
希望開始年月日	令和 年 月 日			※配食開始を希望する日の3週間前には申請書をご提出ください。		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり（アレルギー物質： ） <input type="checkbox"/> なし					
親族の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	住所	電話番号
緊急連絡先	氏名		続柄		電話番号	
民生委員名						
担当ケアマネージャー	事業所名： (-) 氏名：					
備考						

- 1 親族の状況欄には、利用者に一番近い住所の親族を記入してください。
- 2 新規申請の場合は住宅地区を添付してください。なお、集合住宅の場合などは配送先の詳細を地図上または備考欄に記入してください。（例：右から○番目）
- 3 本人以外に通知書類の送付が必要な場合等、連絡事項があれば備考欄に記入してください。

市役所記入欄

利用者番号	第 号	受 付
決定区分	決 定・却 下	
世帯の課税状況	課 税・非課税	

一次アセスメント票（面接者記入欄）

基本事項	相談年月日	令和 年 月 日		
	相談者	氏名		
	聞き取り相手	本人・家族（ ）・その他（ ）		
	介護認定	1 なし 2 あり（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）		
	福祉手帳	1 なし 2 あり（身障 級・精神 級・知的 級）		
	現在利用、相談している機関	1 なし 2 あり	{ 市健康長寿課・地域包括支援センター 居宅介護支援事業所・医療機関・民生委員 その他（ ）	
	現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり	{ ホームヘルプ（週 日） デイサービス（週 日） その他（ ）	
食に関する状況	食生活能力 1 支障なし 2 支障ないが困難 3 支障あり ※右欄の該当する番号を○で囲んでください。	摂食	1・2・3（ ）	
		買い物	1・2・3（ ）	
		配、下膳	1・2・3（ ）	
		火気管理	1・2・3（ ）	
		献立	1・2・3（ ）	
		調理	1・2・3（ ）	
		ごみ出し	1・2・3（ ）	
		食費管理	1・2・3（ ）	
	自立意欲	1 問題なし 2 問題あり（ ）		
	食事回数	回/日（外食の頻度 回/週）		
	一緒に食べる人	朝 1あり 2なし	昼 1あり 2なし	夜 1あり 2なし
調理・食事設備	1 十分 2 不十分（ ）			
食材・食品入手先	1 なし 2 あり（食料品・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他）			
食事支援	1 なし 2 同居家族 3 親 族（ a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助 ） 4 その他（ ）			
健康状況	現在の疾患名 通院・往診等	疾患名（ ）（ 頃から）		
		未受診、通院 回/月・週、往診 回/月・週		
		服薬 1 なし 2 あり		
		かかりつけ医（ ） 医師等の指示事項（ ）		
	問題のある部分	四肢機能・視力・聴力・排泄・その他 （特記事項 ）		
	身長、体重	体重	Kg	身長 cm
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			