

(別記)

別記第1号様式(第4条関係)

下松市「食」の自立支援サービス利用申請書

年 月 日

下松市長 様

申請者 住所.....

氏名.....(続柄.....)

連絡先(.....).....

下松市「食」の自立支援サービスを利用したいので、下松市「食」の自立支援要綱第4条に基づき申請します。

ふりがな 利用者氏名	生年月日	年 月 日 (.....歳)			
利用者住所	下松市 (町名.....)	連絡先			
世帯区分	単身・高齢者世帯・身体障害者世帯・その他(.....)					
世帯状況	氏名	続柄	年齢	備考		
		
		
配食サービス 利用希望	昼:	.....回/週	月 火 水 木 金 土 日	.....	
	夕:	.....回/週	月 火 水 木 金 土 日	.....	
配食事業所	(株)メディス・JA・宅配クック123・まごころ弁当 (希望する事業所に○をつけてください。)					
申請理由 (食事に関して困っていること)	..... ..... ..... .....				
担当事業所	.....				
担当者	.....	連絡先	.....		
[民生委員の意見] : 民生委員.....						
配食サービス可否判定及び必要回数決定にあたり、私の介護保険認定調査情報及び所得に関する賦課徴収資料等を調査することに同意します。 利用者氏名.....						

※ 本年1月1日現在、他市に住所があった方は、「課税証明書(他市)」を提出してください。

市記入欄

所得区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 下松市課税情報	<input type="checkbox"/> 課税証明書	

→ 裏面につづく

*緊急連絡先の記入

極力、本人の状況を把握し連絡の取りやすい連絡先を記入してください。また、記入の際は連絡の取りやすい順番に記入してください。

緊急連絡先 1	氏名		続柄	
	住所		TEL	
緊急連絡先 2	氏名		続柄	
	住所		TEL	
緊急連絡先 3	氏名		続柄	
	住所		TEL	
緊急連絡先 4	氏名		続柄	
	住所		TEL	

*一時的なサービス利用が必要と思われる場合、その理由

事由の内容	1 退院後間もないため、十分体力が回復していない。 2 配偶者など家族が入院した等 3 医師の診断を受け、栄養改善の必要がある。 4 その他 () (いずれかに○をつけてください。)		
支援を必要とする期間 (見込み)	年 月 月末頃まで		

*事前訪問実施の際に、本人以外に連絡する必要がある場合のみ記入

連絡先	氏名	利用者との続柄	TEL ()
-----	----	---------	------------

*退院日程等の詳細が決まらないため連絡調整の必要がある場合のみ記入

連絡先	氏名	利用者との続柄	TEL ()
-----	----	---------	------------

*特別な食事を希望する場合のみ記入

お粥 ・ 刻み ・ ミキサー食 (希望するいずれかに○をつけてください) その他 ()	
---	--

食の自立支援事業調査票（アセスメント）

新規利用者

調査 令和 年 月 日 記入者氏名（ ）

フリガナ 氏名		年 月 日生	歳
住所		TEL	-
担当事業所		担当ケアマネ	
介護認定	未申請・申請中（令和 年 月）・非該当（令和 年 月） 要支援（ 1・2 ）・要介護（ 1・2・3・4・5 ）		
介護認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
世帯状況	1. 単身 2. 高齢者のみの世帯 3. 身体障害者のみの世帯 4. その他（ ）		
同居家族の状況 (<u>単身は不要</u>)	1. 高齢者世帯（ 夫・妻 ） その他（ ） 2. 障害者世帯（ 夫・妻 ） その他（ ）		

○利用が必要と思われる理由

調理・買い物に関連した心身の状況	1 寝たきりの状態にある 2 上肢の障害（麻痺等）があり、調理器具が使えない 3 下肢の障害（筋力低下等）があり、長時間調理台に立てない 4 認知症があり、買い物、調理などが困難 5 認知症があり、ガス等の使用に問題がある 6 精神障害（うつ病等）があり、調理等の意思が持てない 7 視覚障害があり、買い物・調理などが困難 8 調理できない疾患がある 疾患名（ ） 9 その他調理・買物が困難な理由 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> </div>
上記の状況に関する特記事項	・ひと月に何回外出しますか 約（ ）回 外出方法（ ） ・どのくらい調理ができますか （ ）
家族（別居含む）の支援	1 近隣に家族がいないため、支援が得られない 2 部分的に支援可能（裏面に支援可能な曜日等を記載）

※ケアプラン及び週間予定表を添付してください。

食関連サービス利用調整プラン

新規利用者

利用者氏名.....

1 サービス利用プラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼							
夕							

(記入内容) ○ー配食サービス対応 デーデイサービス対応 へーヘルパー対応
 家ー別居家族等対応 知ー知人、友人、近所の人等対応
 自ー自炊 実費ー実費にて配食サービス利用

*介護保険サービス等を利用している場合は、調理に関わるもの以外も含めて支援の内容（調理、買物、掃除など）を記入してください。

*その他の場合は、その内容を該当欄へ記入してください。

(備考)

例) サービス利用プラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝	自 (パン等)	自	自	自	自	自	自
昼	へ (調理) (掃除)	○	へ (調理) (掃除)	デ	へ (調理) (掃除)	家	実費
夕	○	○	○	○	○	家	実費