

様式第1号（第5条関係）

配食サービス利用申請書

年 月 日

豊明市社会福祉協議会 会長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
(利用希望者との関係 \_\_\_\_\_)

配食サービスを利用したいので申請します。

|       |                |                        |             |     |            |
|-------|----------------|------------------------|-------------|-----|------------|
| 利用希望者 | フリガナ<br>氏名     |                        | 性別          | 男・女 |            |
|       |                |                        | 電話          |     |            |
|       | 生年月日           | 明治・大正・昭和 年 月 日<br>( 歳) | 携帯          |     |            |
|       | 住所             | ① 申請者と同じ<br>② 豊明市      |             | 町内会 |            |
|       | 昼 食            |                        | 夕 食         |     |            |
| 希望曜日  | 月・火・水・木・金・土    |                        | 月・火・水・木・金・土 |     |            |
| 開始希望  | 年 月 日 ( )      |                        | 年 月 日 ( )   |     |            |
| 配食業者  |                |                        |             |     |            |
| 申請理由  | 1 独居 2 その他 ( ) |                        |             |     |            |
| 親族状況  | 氏名             | 続柄                     | 交流          | 支援  | 支援(有)内容    |
|       |                |                        | 有・無         | 有・無 | 通い・差し入れ・買物 |
|       |                |                        | 有・無         | 有・無 | 通い・差し入れ・買物 |
|       |                |                        | 有・無         | 有・無 | 通い・差し入れ・買物 |
| 備考    |                |                        |             |     |            |

<同意欄>

利用者の利益のために、申請の記入内容及び本事業により知り得た情報を、次の関係機関において共有することに同意します。

- 1 豊明市高齢者福祉課
- 2 豊明市社会福祉協議会
- 3 豊明市地域包括支援センター
- 4 利用者が契約する居宅介護支援事業所
- 5 利用者が契約する介護保険サービス事業所
- 6 豊明市配食サービス契約事業所

利用者氏名 \_\_\_\_\_

## 配食サービス事業調査書

|       |      |    |     |    |     |
|-------|------|----|-----|----|-----|
| 対象者氏名 |      |    |     |    |     |
| 緊急連絡先 | 氏名   |    |     | 続柄 |     |
|       | 住所   |    |     |    |     |
|       | 電話   | 自宅 | - - | 携帯 | - - |
|       | 勤務先等 |    |     | 電話 | - - |
|       | 氏名   |    |     | 続柄 |     |
|       | 住所   |    |     |    |     |
|       | 電話   | 自宅 | - - | 携帯 | - - |
|       | 勤務先等 |    |     | 電話 | - - |

### 利用者の状況

※ 介護支援専門員・地域包括支援センター・社協職員等が記入

※ 1 支障なし・2 支障はないが困難・3 支障あり

|           |  |                      |           |             |
|-----------|--|----------------------|-----------|-------------|
| 食に関する状況   | 食生活能力                                      | 摂食                   | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 献立                   | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 買物                   | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 調理                   | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 配膳、下膳                | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | ゴミ出し                 | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 火気管理                 | 1・2・3 ( ) |             |
|           |  | 食費管理                 | 1・2・3 ( ) |             |
|           | 自立意欲                                       | 1 問題なし<br>2 問題あり ( ) |           |             |
|           | 食事回数                                       | 回/日                  |           | (外食の頻度 回/週) |
| 調理・食事設備   | 1 十分 2 不十分 ( )                             |                      |           |             |
| 食材・食品の購入先 | 1 なし 2 あり<br>食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他 ( ) |                      |           |             |
| 特記事項・コメント |  |                      |           |             |

作成者 所属  
氏名 \_\_\_\_\_