

配食サービス事業利用申請書 (新規・変更)

年 月 日

丹波市長 様

申請者 氏

住所

氏名 (※)

利用者からみた続柄 ()

電話番号

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記のとおり配食サービス事業を利用したいので、誓約書を添えて申請します。また、配食サービス事業所及び関係機関が配食サービスに関し、申請書記載の情報を利用することを同意します。

利用者	介護保険 被保険者番号	000						
	氏名			生年月日	大正 昭和	年 月 日 () 歳		
	住所	丹波市		電話番号	(0795)	-		
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	住所		連絡先(日中連絡がつく連絡先)			
	(1)							
	(2)							
※配達時に、事前連絡なしでご不在の時や万が一の場合に連絡をします。								
配食希望 サービス 内容	区 分	月	火	水	木	金	計	
	昼食	希望曜日						食
		事業所名						
	夕食	希望曜日						食
		事業所名						
※希望曜日に○印をつけてください。 ※昼夕食を合わせて週6食が上限となります。申請理由・身体状況等により、希望食数にそえない場合があります。								
<input type="checkbox"/> おかずのみの配食利用を希望 [チェックがない場合、ご飯付きの配食利用で配達事業所へ連絡します。] [料金はご飯付き、ご飯無しに関わらず同一です。]								
受取方法	<input type="checkbox"/> 利用者が受取 ※受取時の確認として、押印又は署名をしていただきます							
	<input type="checkbox"/> その他の方法 []							
支払方法	<input type="checkbox"/> 利用者に請求							
	<input type="checkbox"/> 次の者に請求 [氏名: 続柄: 連絡先:] [住所:]							

【添付書類】 ①誓約書 ※変更申請の場合は誓約書の添付は不要

②介護認定がある方 : ケアプランの写し

介護認定がない方 : 後日、丹波市地域包括支援センターの職員が訪問して、生活状況等をお伺いします。

※市記入欄(申請者記入不要)

伺書 上記の申請に基づき、次のとおり決定してよろしいか。

裏面もご記入ください ➡

公印使用 承認印	課長	副課長	係長	係	起 案	年 月 日
					決 裁	年 月 日
					通 知	年 月 日
					開 始	年 月 日
	決定内容	<input type="checkbox"/> 利用を認める <input type="checkbox"/> 利用を認めない				発送番号

(新規・変更)利用者確認票

記入者	氏名				
	関係	1 本人	2 家族	3 ケアマネジャー	4 その他()
基本事項	申請理由				
	介護保険要介護認定の状況	未申請／申請中／要支援(1・2)／要介護(1・2・3・4・5)			
		認定の有効期間 (. . ~ . .)			
		居宅介護支援事業所 (/担当ケアマネ:)			
家族の状況	世帯構成	1 一人暮らし	2 65歳以上の高齢者のみの世帯		
		3 その他()			
	別居の家族	1 いない	2 同一町域内にいる	3 市内にいる	
		4 市外にいる	5 その他()		
	食事の支援	1 なし	2 親族(通い支援／差し入れ／買物援助)		
		3 その他()			
身体・生活の状況	服薬	1 なし	2 あり	治療を受けている病気:	
	食事に関する医師の指示	1 なし	2 あり		
	この6カ月の体重	1 減った	2 変化なし	3 増えた	
		4 不明			
	難聴	1 なし	2 あり	・全く聞こえない ・大きい音なら聞こえる	
	弁当の受け取り	1 できる	2 支援必要	・ヘルパーが受け取る ・その他 ()	
	買い物	1 できる	2 やや困難	3 困難	
	調理	1 できる	2 やや困難	3 困難	
火気の取扱	1 できる	2 やや困難	3 困難		
お金の管理	1 できる	2 やや困難	3 困難		

※市記入欄(申請者記入不要)

総合判断	1 承認	2 不承認	3 他サービス利用へ
特記事項			