

(第1号様式)

いずれかに○
大島地区 久賀地区
橋地区 東和地区
かんころ楽園

食の自立支援事業(配食サービス) 更新・変更・利用申請書

令和 年 月 日

周防大島町長 様

住所 周防大島町大字

申請者

氏名

印

(Tel ー)

下記のとおり食の自立支援事業(配食サービス)を(利用 更新 変更)したいので、配食サービス利用調整票を添付して申請します。

なお、事業の関係機関に対し、配食サービス利用調整票等の提示及び必要な調査について同意します。

記

利用 対象者	住所	周防大島町大字		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
	氏名			年齢	歳	性別	男・女
	世帯状況	単身 65歳～74歳の世帯 75歳～79歳の世帯 75歳以上と80歳以上の世帯					
	障害等の 状況	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 身体障害者手帳(1級 2級) 療育手帳(A B) 障害者手帳(1 2 3)					
同居の家族の状況 氏名	続柄	生年月日		障害の程度		備考	
		明治 大正 昭和 年 月 日					
		明治 大正 昭和 年 月 日					
		明治 大正 昭和 年 月 日					
現在の利用内容	利用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 実施曜日						
利用・更新・変更の理由							
配食希望日	(週 /回)						
特記							

※添付書類 配食サービス利用調整票

配食サービス利用調整票

利用対象者	氏名： _____ 生年月日：明・大・昭 年 月 日生（ 歳）			
	住所：周防大島町大字 _____ 性別：男・女 Tel： _____			
緊急連絡先	氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____ Tel： _____			
	氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____ Tel： _____			
かかりつけ医	_____			
対象者区分 順位(1→2→3→4)	1. 要介護認定者（ _____ ）	2. 特定高齢者		
	有効 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
		虚 弱 老 人		
利用対象者の障害関係手帳保持の状況	1. 身体障害者手帳（種別 _____ : _____ 級）		その他（障害者年金等）	
	2. 療育手帳 A・B			
	3. 精神障害者保健福祉手帳 1級・2級・3級			
家族構成	1. 単身	同居	氏名 _____ 続柄（ 歳）	氏名 _____ 続柄（ 歳）
	2. その他（ _____ ）	家族	氏名 _____ 続柄（ 歳）	氏名 _____ 続柄（ 歳）
配食サービスを利用する理由	1. 心身の疾病のため調理できない 3. 体重低下が著しい等、低栄養のリスクが高い 2. 身体機能に障害があり調理できない 4. その他（ _____ ）			
家族が調理できない理由	1. 心身の疾病のため調理できない 4. 就労しており調理ができない 2. 身体機能に障害があり調理できない 5. その他（ _____ ） 3. 調理する家族がいない、または調理経験のある家族がいない			
特記事項	(病歴、医師の指示、本人や家族の状況等特筆すべき事項を記入)			

関連サービスを含めた生活支援プラン（すべてのサービスを記入）

【※このプランは、居宅サービス計画書第3表または、介護予防プランの添付をもって替えることができます。】

利用調整結果特記	_____							
	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							
	6:00							
早朝	8:00							
	10:00							
午前	12:00							
	14:00							
	16:00							
午後	18:00							
	20:00							
夜間	22:00							
	24:00							
深夜	2:00							
	4:00							
週単位以外のサービス	_____							

アセスメント担当者等	記入年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	所属名称： _____
	氏名： _____ ④ _____	Tel： _____