

——（配達時に利用者の安否確認をお願いします）——

立川市長 殿

住所

氏名

本人との関係

電話

利用者住所		立川市 町 丁目					
		電話 042 () / ()					
ふりがな					生 年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	
利用者氏名						年 月 日生 (歳)	
緊急連絡先 ※応答がない際 に連絡します。 必ず一人 以上記入 してください。		氏 名		続柄	住 所		電話番号
利用開始希望日		月 日 () ※市の受付日を１日目とし、６開庁日以後の日付にしてください。					
希望回数及び曜日等		昼・タどちらか一回 ☐ 昼食 ☐ タ食		週 回	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
食事の内容※		☐ 普通食 (□やわらかごはん希望 □全がゆ希望 □薄味食希望)					
		☐ 健康ボリューム食 □ 栄養等調整食 ()					
介護保険等	介護度状況	☐ 未申請 ☐ 申請中 (月 日 申請) ☐ 非該当					
		☐ 要支援 (1 2) ☐ 要介護 (1 2 3 4 5) ☐ 総合事業対象者					
	居宅介護支援事業所名						
担当ケアマネジャー名						電話番号	

(利用対象者とならない同居者がある場合)

※ 栄養等調節食は、特別用途食品ではありません。医師又は管理栄養士に相談のうえ利用してください。

・ ・ ・ ・ ・ 以下は記入しないでください ・ ・ ・ ・ ・

配食開始日： 月 日 ()

(決定 ・ 却下)

障害福祉課 生活福祉課	受付	起案	・ ・	担当	係長	課長
(地域包括支援センター)		決定	・ ・			
(福祉相談センター)		施行	・ ・			