

# 高齢者等配食サービス事業利用申請書

——（配達時に利用者の安否確認をお願いします）——

年 月 日

立川市長 殿

|     |         |        |
|-----|---------|--------|
| 申請者 | 〒 _____ | 住所     |
|     | _____   | 氏名     |
|     | _____   | 本人との関係 |
|     | _____   | 電話     |

次のとおり、高齢者等配食サービス事業の利用について申請します。

|  |  |  |                             |   |
|--|--|--|-----------------------------|---|
| 利用者住所  | 立川市 _____ 町 _____ 丁目   |  |                             |   |
|  | 電話 042 ( ) _____ / ( ) _____   |  |                             |   |
| ふりがな   |  |  | 生年月日                        | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 |
| 利用者氏名  |  |  | _____ 年 _____ 月生 ( _____ 歳) |   |
| 緊急連絡先<br>※応答がない際<br>に連絡します。<br>必ず一人<br>以上記入<br>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<br>曜日等  | <input type="checkbox"/> 昼食  | _____ 週 _____ 回  | _____ 月・火・水・木・金・土・日         |   |
|  | <input type="checkbox"/> 夕食  |  |                             |   |
| 食事の内容※   | <input type="checkbox"/> 普通食 ( <input type="checkbox"/> やわらかごはん希望 <input type="checkbox"/> 薄味食希望 ) |  |                             |   |
|  | <input type="checkbox"/> 健康ボリューム食 <input type="checkbox"/> 栄養等調整食 ( _____ )                        |  |                             |   |
| 介護<br>保険<br>等  | 介護度状況  | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 ( _____ 月 _____ 日申請 ) <input type="checkbox"/> 非該当     |                             |   |
|  |  | <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 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   |                             |   |

添付書類  利用承諾書  利用調査票（アセスメント）  家族の勤務等状況届  
 （利用対象者とならない同居者がある場合）

- ※ 食事の内容によって自己負担金額が異なります。
- ※ 食事の内容は、1箇月単位での注文になります。変更希望月の、前月20日までに業者に知らせてください。
- ※ 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 ( ) |
|----------------------------|

|  |    |             |       |              |    |    |
|--|----|-------------|-------|--------------|----|----|
| 上記申請について、次のとおりとする。                                       |    | ( 決定 ・ 却下 ) |       | 立福高第 _____ 号 |    |    |
| ( _____ )<br>( 地域包括支援センター )<br>( _____ )<br>( 福祉相談センター ) | 受付 | 起案          | _____ | 担当           | 係長 | 課長 |
|  |    | 決定          | _____ |              |    |    |
|  |    | 施行          | _____ |              |    |    |