

広島市高齢者配食サービス利用申請書(兼登録台帳)

(あて先) 広島市長

令和 年 月 日

申請者 千 一
(利用者) (住所) 区

ふりがな
(氏名)

(電話) ー

(携帯) ー

下記のとおり、配食サービスの利用を申請します。利用の決定に際して、私の介護保険法に規定する要介護認定及び要支援認定の状況について調査・確認されること、申請書の写しを委託事業者に送付されること及び配食車両の駐車許可のため、所轄の警察署に氏名等を通知されることに同意します。

同居の家族状況	氏名	申請者との続柄	生年月日	同居就労者に○	備考						
		本人									
同居就労者の就労状況等	就労先 就労時間 : ~ : (電話)										
緊急時の連絡先 ※必ず連絡がとれるところを記入してください。 ※土日祝日等利用者は、土日祝日等も確実に連絡がとれるところを記入してください。	1 (必須)	氏名	(申請者との続柄)								
		住所	(電話) (携帯)								
	2 (必須)	氏名	(申請者との続柄)								
		住所	(電話) (携帯)								
	3	氏名	(申請者との続柄)								
		住所	(電話) (携帯)								
希望事業者					開始希望日 令和 年 月 日						
配食希望日・回数等	週 回		月	火	水	木	金	土	日	祝日の利用 有 ・ 無	
		昼食									12/29～1/3の利用 有 ・ 無
		夕食									※昼食・夕食の選択は各曜日と同じ ※事業者によって実施状況は異なります
対応食の希望	無 ・ 有 ()										
食物アレルギー	無 ・ 有 ()										
他のサービスの利用状況	あんしん電話 ・ 家族介護用品の支給 ・ その他()										

関係機関 (任意記入)	地域包括支援センター	名称 (電話)
	居宅介護支援事業所	名称 (電話)
	民生委員	氏名 (電話)

※安否確認のために事業者が関係機関へ連絡することがありますので、配食サービス利用について、必ず事前に関係機関へお伝えいただいた上で記入してください。

かかりつけ医療機関	名称 (電話)
-----------	-------------

家族・親族等 連絡先	1	氏名 (申請者との続柄)
		住所 (電話) (携帯)
	2	氏名 (申請者との続柄)
		住所 (電話) (携帯)

※緊急連絡先と同じ場合は記入の必要はありません。

介護認定状況	1 なし 2 申請中 3 あり (①非該当 ②要支援() ③要介護())
--------	--

身体及び日常生活動作の状況	事項	介助の程度(該当する番号に○印)			
	食事	1 1人で普通にできる	2 スプーン等を使用すれば自分でできる	3 スプーン等を利用し、一部介助すれば自分でできる	4 全面的に介助を要する
	歩行	1 1人で普通に歩ける	2 杖等を使用し、かつ時間がかかっても自分で歩ける	3 付添が手や肩を貸せば歩ける(車椅子の使用可)	4 歩行不能
	物忘れ	1 ない	2 時々ある	3 しばしばある	
	視力	1 日常生活に支障がない	2 日常生活に支障がある	3 ほとんど見えない	
	聴力	1 普通	2 普通の声がやっと聴こえる	3 かなり大きな声なら何とか聴き取れる	4 ほとんど聴こえない
	意思の伝達	1 意思を他者に伝達できる	2 とときどき伝達できる	3 ほとんど伝達できない	4 できない

食事の調理が困難な理由	(心身の障害、傷病等の状況、同居者が食事の調理が困難な理由)
-------------	--------------------------------

事業者による事前説明時の立会人の有無	無 ・ 有(立会人氏名: 続柄: 連絡先:)
--------------------	--

※ 以下は記入しないでください。

次のとおり決定することとし、別紙により申請者及び事業者に通知してよいでしょうか。						
決定 内容	利用を認める	起案年月日			決裁年月日	
	利用を認めない	. .			. .	
認めない理由		係	係長	課長	公印	施行
					✓	✓