

檜原市「食」の自立支援事業（配食サービス）利用申請書

（宛先）檜原市長

申請書を窓口に提出する
日付を記入してください

2023年4月1日

（申請者） 住所 檜原市内膳町1丁目1-60

- ① 本人・家族による申請は本人・家族の住所等を記入してください。
② ケアマネジャーによる申請は事業所の住所等を記入してください。

氏名 檜原 太郎

電話番号 0744-21-8118

「食」の自立支援事業における配食サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	（フリガナ） 氏 名	かしはら たろう 檜原 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 8 年 4 月 1 日	86 歳
	住 所	檜原市内膳町1丁目1-60		電話番号	0744-22-8118
世帯の状況	氏 名	年齢	続柄	身体の状態	
	独居				
緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号		
	檜原 良子	長女	090-0000-0000		
担当ケアマネ（事業所名）	檜原 富子（0000事業所）		電話番号	22-0000	
かかりつけ医	00医院 00先生		電話番号	22-0000	
希望事業者	000000		配食サービス業者一覧表の中から選択してください。		
申請理由	見守りや栄養改善が必要な理由を詳しく記載してください。				
	普通・きざみ・透析食・糖尿病食（1,200 kcal/日） 食べられないもの（ ） 独居で糖尿病及び認知症がある。膝関節が変形しており、長時間歩行することができない。糖尿病で摂取カロリーを制限されているが、認知症があり、自分で食事制限をすることが難しい。また、家族も支援をしているが、市外在住であり、週末のみの支援となっている。近年、自宅での転倒により入退院を繰り返し、定期的な見守りが必要なため。				

「食」の自立支援事業調査票

基本事項	記入者	本人・家族（ ケアマネジャー（事業所名 〇〇〇〇事業所 氏名 檀原 富子 ）
	介護認定申請	1. なし 2. 申請中 3. あり [非該当 ・ 要支援（ ） ・ 要介護（ 1 ）]
	家族構成	1. 独居 2. 高齢者夫婦世帯 3. 高齢者世帯 4. その他（ ）
	食事支援	1. 同居家族 2. 親族 (a 通い支援 b 食事差入れ c 買物援助) 3. 支援なし
身体 の 状態	現在の疾患名	疾患名（ 糖尿病、アルツハイマー型認知症 ）（ 平成28年 頃から）
	治療食・配慮食を要する食事の必要	1. なし 2. あり （指示内容： 糖尿病のためカロリー制限（1,200kcal／日）あり ）
	食物アレルギー	1. なし 2. あり（アレルゲン： ）
	四肢機能	1. 問題なし 2. 問題あり （ 膝関節が変形しており、歩行が不安定 ）
	視力	1. 問題なし 2. 問題あり（ ）
	聴力	1. 問題なし 2. 問題あり（ ）
	認知症	1. なし 2. あり （ →「あり」の場合 配食の受取の可否 1. できる 2. できない（ ）
	買い物	1. 問題なし 2. 問題あり （ 長時間の歩行が難しい ）
	食材・食品入手先	1. なし 2. あり （食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他（ ））
	調理	1. 問題なし 2. 問題あり （ 立位保持が困難である ）
	特記事項	

対象者の一週間の食事及び見守りの状況を記載してください。
※すべての欄を埋めてください

週間プラン（本人・家族・親族・ヘルパー・デイ・私費配食等も記入する）							
	月	火	水	木	金	土	日
朝食	本人	→				家族	家族
昼食	〇	ヘルパー	〇	デイ	〇		
夕食	本人	→		私費配食	本人		