

檜原市「食」の自立支援事業（配食サービス）利用申請書

年 月 日

（宛先）檜原市長

（申請者） 住所 檜原市

氏名

電話番号

「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		生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日		歳
	住 所				電話番号	
世帯の状況	氏 名	年齢	続柄	身体の状態		
緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号			
担当ケアマネ (事業所名)				電話番号		
かかりつけ医				電話番号		
希望事業者				希望回数	週	回
食事内容の 希望	普通・きざみ・透析食・糖尿病食（ kcal／日） 食べられないもの（ ）					
申請理由						

「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 氏名					
	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（ ）〕					
	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（ ）（ ）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： ）					
	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（ ）					
	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（ ）					
	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（ ）					
特記事項							
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							
昼食							
夕食							