様式第１号（第５条、第６条関係）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

高齢者配食サービス事業利用申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　菊川市長　長谷川　寬彦　宛

〔申請者〕

住　　所

氏　　名

利用者との続柄（　　　　）

電話番号　　（　　）

　菊川市高齢者配食サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者  の  状  況 | 住所 |  | | | | | | |
| 氏名 | （男・女） | | | 生年月日 | | | Ｔ　・　Ｓ  　　　年　　月　　日 |
| 申請の理由 | 一人暮らし・高齢者世帯・その他（　　　　　） | | | | | | |
| 家族の状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | | | 職業 | 備　　考 |
|  |  | 歳 | | |  |  |
|  |  | 歳 | | |  |  |
|  |  | 歳 | | |  |  |
|  |  | 歳 | | |  |  |
| サービスを希望する日 | 週（　　）回（月・火・水・木・金） | | | | | | |
| 配食の種類 | 普通食・その他（　　　　　） | | | | | | |
| 居宅付近  の略図 | 別添のとおり | | | | | | |
| 緊急連絡先（申請者と異なる場合） | | 住所 | | | | 電話番号　　　（　　） | | |
| 氏名 | | | | 利用者との続柄（　　　） | | |

菊川市配食サービス事業対象者調査票

記入日　令和　　年　　月　　日

記入者　所属：　　　　　　　　　　　　　　氏名：

対象者　：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　　）

※どれか一つに○をつけてください

希望事業所：和松会・宅配クック1.2.3・まごころ弁当かなで・ライフデリ掛川店・ワタミの宅食

希望開始日：令和　　年　　月　　日（　　）

１．身体及び日常生活の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歩行 | 杖なしで可・杖・要支援(　　　　) | 言語 | 普通・少し不自由・不自由 |
| 食事 | ひとりで可・見守り・要支援( 　　) | 視力 | 普通・弱視・全盲 |
| 調理 | 可・簡単な調理のみ可・不可( ) | 聴力 | 普通・やや難聴・難聴  （補聴器：無・有） |
| 買物 | 可・宅配を利用・不可( ) | 排泄 | ひとりで可・見守り・要支援  　　　　　 （おむつ・パッド：無・有） |
| 掃除 | 可・不可( 　　　　　 ) | 入浴 | ひとりで可・見守り・要支援 |
| 洗濯 | 可・不可( 　　　　　 ) | 着替 | ひとりで可・見守り・要支援 |

２．健康状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現病歴及び症状 | 例：腰痛、血圧が高い、糖尿病など | | |
| 既往歴  (結核・肝炎含む) |  | | |
| かかりつけ医  （医療機関名） |  | | |
| 食事制限 | 無・有（制限内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 服薬の有無 | 無・有 | アレルギーの有無 | 無・有 |

３．要介護認定の申請状況

|  |
| --- |
| （１）未申請（申請予定　有・無）（２）申請中（３）申請済（要介護・要支援・事業対象） |

４．特記事項

|  |  |
| --- | --- |
| 留意点等 | 認知症（有・疑い・無） |