

配食サービス事業利用申請書

鳥羽市長 様

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名

電話

下記のとおり配食サービス事業を利用したいので、鳥羽市配食サービス事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により申請します。

記

利用者	氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭 . . () 歳	
	住 所	鳥羽市			電話	—
身体状況	疾 病	病名 () ・無			緊急時の連絡先	氏名
	身体障害	有 (種 級 /) ・無				電話
家族の状況	氏 名	続 柄	年 齢	同 居	勤 務 先 又 は 住 所	
				同・別		
				同・別		
				同・別		
利用回数	※希望する箇所に○印を付けて下さい。					
		月	火	水	木	金 土
	昼					
	夜					
伺 次のとおり決定してよろしいか。						
課長	課長補佐	係長	係	起案	H . .	
				決裁	H . .	
				通知	H . .	
区 分 決 定	☐ 利用を認める			開始	H . .	
	☐ 利用を認めない			廃止	H . .	

新規アセスメント票

基本事項	申請理由					
	現在利用相談している機関	1 なし 2 あり 地域包括支援センター 民生委員 居宅介護支援事業所 福祉事務所 その他（ ）				
	介護認定申請	1 している（要支援 1・2／要介護度 1・2・3・4・5） 2 申請中 3 していない				
家族の状況	家族構成	1 単身 2 高齢者だけの世帯 3 その他（ ）				
	別居の家族	1 いない 2 町内にいる 3 市内にいる 4 市外にいる 5 その他（ ）				
	食事の支援	1 なし 2 親族（通い支援／差し入れ／買物援助） 3 その他（ ）				
身体 の 状況	服薬		1 なし 2 あり			
	食事に関する医師の指示		1 なし 2 あり（ ）			
	B M I		1 （体重 Kg）÷（身長 m） ² ＝（ ） 2 不明			
	直近半年の体重		1 減った 2 変化なし 3 増えた 4 不明			
	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（ ）			
	排泄		1 問題なし 2 問題あり（ ）			
食に関する 状況	食生活能力	献立	1 支障なし	2 やや困難	3 困難	
		買い物	1 支障なし	2 やや困難	3 困難	
		調理	1 支障なし	2 やや困難	3 困難	
		火気管理	1 支障なし	2 やや困難	3 困難	
		配・下膳	1 支障なし	2 やや困難	3 困難	
	意欲立	本人	1 強い	2 弱い	3 ない	
		同居者	1 強い	2 弱い	3 ない	
		食べる人	朝	1 あり	2 なし	
	昼		1 あり	2 なし		
夕	1 あり		2 なし			
総合判断		1 承認 2 調整後承認 3 他サービスへ 4 不承認				
特記事項		居宅介護支援事業所				
		地域包括支援センター				