

配食サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

鳥羽市長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ (印)

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					
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	<input type="checkbox"/> 利用を認める			開始	H	.	.
	<input type="checkbox"/> 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	包括センター		包括	民生委員 福祉事務所		
	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)	居宅介護支援事業所 その他 ()					
家族の状況	家族構成	1 単身	2 高齢者だけの世帯					
	別居の家族	1 いない	2 町内にいる		3 市内にいる			
	食事の支援	1 なし	2 親族 (通い支援 / 差し入れ / 買物援助)					
身体状況	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 cm) = ()						
	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				

誓約書

令和 年 月 日

私は、鳥羽市配食サービス事業を利用
するについて、いかなる事故等が起こっ
ても、貴市及び貴施設に対し、一切の責
任を問わないことを誓約いたします。

鳥羽市長様
施設長様

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

扶養義務者

住所 _____

氏名 _____ (印)

(利用者との続柄)