

(表面)

## 知多市食事サービス事業利用申請書

年 月 日

知多市長様

住所

申請者

氏名

次のとおり知多市食事サービス事業の利用を申請します。なお、資格認定に必要な課税関係書類の閲覧を知多市長に委任します。また、申請情報を配食事業者へ提供することを許可します。

対象者	住所	知多市					
	フリガナ		電話番号	( ) -			
	氏名		生年月日	M・T・S . .			
	受診病院		主治医				
申請理由							
該当要件	ひとり暮らし高齢者	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
	高齢者世帯	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
	手帳所持者	( ) 手帳 ( ) 級・判定					
ケアマネジャー	事業所・担当者						
配食希望日		月・火・水・木・金・土・日					
希望配食業者							
近隣協力者	住所	知多市		緊急連絡先	住所	知多市	
	氏名	( )			氏名	( )	
	電話				電話		
対象者の市民税課税状況				年度 課税・非課税			
本申請について調査した結果、交付することは、適当・不適当と認める				年 月 日 調査員 氏名 印			

【連絡・調整先：

】

(裏面)

対象者氏名：

本人の状況	身体機能・疾病等による困難		親族関係図			
	現在の疾患	1.なし 2.あり (疾患名： )				
	身体状況	1.良好 2.不安定 ( )				
	身長・体重 BMI(体格指数)	1.身長 (          c m) 体重 (          k g) やせ：18.5未満      標準：18.5～25未満 肥満：25～30未満   高肥満：30以上				
	服薬状況	1.なし 2.あり (薬名： )				
	主な既往疾患	1.なし 2.あり (疾患名： )				
	食物アレルギー	1.なし 2.あり (アレルゲン： )				
	食欲	1.あり 2.なし (理由： )				
	食事内容	朝 (                                  ) 昼 (                                  )				
	精神機能・知的障がいによる困難					
	抑うつ状態	1.なし 2.あり (具体的に： )				
	閉じこもり傾向	1.なし 2.あり (具体的に： )				
	依存傾向	1.なし 2.あり (具体的に： )				
	認知症状	1.なし 2.あり (具体的に： )				
	知的障がい	1.なし 2.あり (具体的に： )				
食に関する知識・技能などの生活能力						
買い物	1.できる 2.できない (理由： )					
献立作成	1.できる 2.できない (理由： )					
調理済食品利用	1.なし 2.一部 3.ほとんど全て					
調理	1.できる 2.できない (理由： )					
介護サービス利用状況						
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
サービス名	サービス名	サービス名	サービス名	サービス名	サービス名	サービス名
帰宅時間 頃	帰宅時間 頃	帰宅時間 頃	帰宅時間 頃	帰宅時間 頃	帰宅時間 頃	帰宅時間 頃
生活支援の協力体制						
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
食関連生活手段	住居・調理設備・食事環境の問題					
	調理設備	1.問題なし 2.問題あり (具体的に： )				
	衛生状態	1.問題なし 2.				
	外出・買い物などの交通手段					
交通手段	徒歩・自転車・自動車・電車・バス・タクシー・その他 (                                  )					
近隣スーパー等	店名：					
利用日外の食事						
妥当な理由						