宇部市配食サービス事業利用申請書

年　　月　　日

宇部市長　様

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

　　　　住所

　　　　電話

宇部市配食サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、事業の申請及び利用にあたり、委託事業所及び担当の地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 |  |   | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日（　　才） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 世帯構成 | ☐単身　　☐高齢者のみの世帯　　☐その他( 　　　　　　　　　 ) |
| 介護度 | ☐要介護（ 　）　☐要支援（　　） ☐介護予防・日常生活支援サービス事業対象者　 ☐自立 |
| 介護サービス利用状況 |  |
| 家族状況等 | 氏名 | 続柄 | 同居の別／住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係住所電話番号（自宅）　　　　　　　　　　　　（携帯）　　　　（勤務先） |
| 申請理由 | 【配食見守り支援】※１）２）両方の記入必須。☐１）見守りが必要である。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）☐２）食事の確保が困難である。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【栄養改善配食】※３）４）両方、又は５）の記入必須。☐３）ＢＭＩが１８．５未満である。ＢＭＩ（　　　　）＝体重（　　　）kg÷身長（　　　）m÷身長（　　　）m☐４）６か月間で２～３Kg以上の体重減少がある。☐５）医師より現在の栄養状態が不良または低栄養と判断されている。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用開始日 | 年　　月　　日から |
| 利用希望希望するところに○を記入※変更の可能性あり |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 合計（食） |
| 昼 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 希望事業所 |  |
| 特記事項食事制限や食事形態 |  | 配食サービスの分類 | ☐配食見守り支援（任意）☐配食見守り支援（総合事業）☐栄養改善配食サービス |
| 備考欄 |  | （　　　）部第（　　　）包括 | 担当者名 |
| 居宅介護支援事業者名（　　　　　　　　） | 担当者名 |