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 | | |