

様式第4号(第9条関係)

(表面)

配食サービス利用申請書

年 月 日

愛南町長 様

申請者 住所
名前
電話



次のとおり、配食サービスの利用を申請します。

利用者	(ふりがな) 名前	性別 男・女	生年月日 年 月 日	
	住所 愛南町		電話	
家族 状況	名前	続柄	住所	電話番号
	同居 別居			
	同居 別居			
緊急 連絡 先	①			
	②			
	③			
配食希望 回数等	週 回 (月・火・木・金)			
主治医	医療機関名		電話	
担当民生委員名	電話			
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所名称			担当者名	
食事の調理が 困難な状況	(心身・傷病の状況、家族が食事の調理・準備ができない理由等)			

利用決定後、申請後の写しを委託事業者に送付しますので、ご了承ください。

(裏面)

日常生活等の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する
		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 歩けない
		<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖
	起動床作	<input type="checkbox"/> 自分で起きる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 起き上がれない
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する
<input type="checkbox"/> 便器使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用		
入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する	
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴
	肢体	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	記憶	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 最近のことがわからない <input type="checkbox"/> 直前のことも忘れる
食物アレルギー	有(食材名)・無	