

(様式第1号)

食の自立支援事業(配食サービス)更新 変更 利用申請書

年 月 日

周防大島町長 様

住所

申請者

氏名

(TEL ー)

下記のとおり食の自立支援事業(配食サービス)を(利用 更新 変更)したいので、申請します。

記

利用対象者	住所		生年月日	年 月 日		
	氏名		年 齢	歳	性別	男・女
	世帯状況	単身 65歳～74歳の世帯 75歳～79歳の世帯 75歳以上と80歳以上の世帯				
	障害等の状況	要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 身体障害者手帳 1級 2級 療育手帳 A B 障害者手帳 1 2 3				
同居の家族の状況 氏 名		続柄	生年月日	障害の程度		備 考
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
現在の利用内容		利用期間 年 月 日～ 年 月 日 実施曜日				
利用・更新・変更の理由						
配食希望曜日		月・火・水・木・金・土・日				
特記						

配食サービス利用調整票

利用対象者	氏名：生年月日：明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	
	住所：周防大島町大字 性別：男・女 Tel：	
緊急連絡先	氏名：続柄：住所：Tel：	
	氏名：続柄：住所：Tel：	
かかりつけ医		
対象者区分 順位(1→2→3→4)	1. 要介護認定者（ ） 有効 令和 年 月 日 期間 令和 年 月 日	2. 特定高齢者
	虚 弱 老 人 3. ひとり暮らし 4. 高齢者のみの世帯	
利用対象者の障害 関係手帳保持 の状況	1. 身体障害者手帳（種別： 級） その他（障害者年金等）	
	2. 療育手帳 A・B	
	3. 精神障害者保健福祉手帳 1級・2級・3級	
家族構成	1. 単身	同居 氏名 続柄（ 歳）氏名 続柄（ 歳）
	2. その他（ ）	家族 氏名 続柄（ 歳）氏名 続柄（ 歳）
配食サービスを利用する理由	1. 心身の疾病のため調理できない 3. 体重低下が著しい等、低栄養のリスクが高い 2. 身体機能に障害があり調理できない 4. その他（ ）	
家族が調理できない理由	1. 心身の疾病のため調理できない 4. 就労しており調理ができない 2. 身体機能に障害があり調理できない 5. その他（ ） 3. 調理する家族がいない、または調理経験のある家族がいない	
特記事項	(病歴、医師の指示、本人や家族の状況等特筆すべき事項を記入)	

関連サービスを含めた生活支援プラン（すべてのサービスを記入）

【※このプランは、居宅サービス計画書第3表または、介護予防プランの添付をもって替えることができます。】

利用調整結果 特 記									
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 早朝	4:00								
	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								
週単位以外のサービス									

アセスメント 担当者等	記入年月日：令和 年 月 日	所属名称：
	氏名： ㊞ Tel：	