

配食サービス利用申請書

申請日：令和 年 月 日

申請者	氏名 (事業所 <small>(代行申請の場合)</small> ：)	電話
	住所	
利用者との続柄：本人・家族・地域包括・居宅ケアマネ・配食利用施設・その他 ()		

利用希望者 (適宜印をつけ記入してください)

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	明大昭 年 月 日
住所	〒 京都市 区	年齢	歳
		電話	
介護保険被保険者番号			
要介護等認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 74項目調査認定者 <input type="checkbox"/> 74項目調査認定 新規申請中		
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
同居の有無	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 買物・調理ができる状態にない者と同居 (利用者との続柄：)		
緊急連絡先 (複数記入推奨)	氏名	利用者との続柄	電話
	氏名	利用者との続柄	電話
利用希望曜日	週 回 (月・火・水・木・金・土・日)		
利用開始希望日	令和 年 月 日		

地域包括・居宅介護支援事業所・配食利用施設 補足記入欄 (適宜印をつけ記入してください)

担当者	事業所名	氏名(ケアマネ・相談員)	電話
要件確認方法	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 聞き取り () から		
所見申請理由	利用希望者・同居者ともに買物・調理ができない状態を記すこと。又はその旨がわかる居宅サービス計画書の第1表等の写しを添付。		
	<input type="checkbox"/> 利用希望者は、買物・調理ができません。 <input type="checkbox"/> 同居の方は、下記に記した心身の状態にあり買物・調理ができません。 要支援・要介護認定者、74項目調査認定者、入院、入所、身体・精神の障害者、認知症状、疾患等による(病名) その他 () <input type="checkbox"/> 同居の方は、仕事で昼食時間帯を含み概ね14時間以上不在であり、買物・調理ができません。 また、利用希望者はその間1人です。		
	補足理由記入欄		
配食利用施設名	からしだねワークス		担当 田中美由紀