

様式第 1 号(第 8 条関係)

配食サービス利用申請書

年 月 日

邑南町長 様

申請者 氏 名

配食サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

なお、利用を決定された場合は決定通知書記載の事項に従い、配食サービスを利用します。

利用者 氏名		生年 月 日	T S H	年 月 日	希望 日数	1 週間当たり	日
希望利用曜日に ☒	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日						
集落名		郵便 番号		住所	邑南町		
電話		携帯		FAX Email			
家族構成に ☒ ☐ 一人暮らし ☐ 高齢者夫婦 ☐ その他 ()							
申 請 理 由	配食サービスを希望する理由 該当するものに ☒ ☐ からだが不自由で調理をすることが困難 ☐ 食材の購入が困難 ☐ 簡単な調理はできるが、栄養の確保が困難 ☐ 調理をする意欲がない ☐ 調理をする者が長期間不在又は仕事等で、調理が困難						
	詳細：						
現在受けている サービスに ☒ 利用曜日に○	☐ 訪問介護(ホームヘルパー) ☐ 訪問看護 利用曜日：月/火/水/木/金/土/日 利用曜日：月/火/水/木/金/土/日 ☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 通所リハビリ(デイケア) 利用曜日：月/火/水/木/金/土/日 利用曜日：月/火/水/木/金/土/日 ☐ その他()						
緊急連絡先 1 安否確認に協力い ただける近隣の方、 もしくは家族親族 を記入	氏名				続柄		
	自宅電話				携帯		
	Fax、Email						
	郵便番号		住所				
緊急連絡先 2 安否確認に協力い ただける近隣の方、 もしくは家族親族 を記入	氏名				続柄		
	自宅電話				携帯		
	Fax、Email						
	郵便番号		住所				

わかる範囲で記入してください。

認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 身体 1・2・3・4・5・6 精神 1・2・3 療育 A・B						
ケアマネ・相談員	事業所名：			氏名：			
主治医	病院：			主治医：			
服 薬	なし・あり()						
食物アレルギー	なし・あり()						

配食サービス利用にあたり、関係事業所に情報提供として本書を提示することに同意します。

利用者氏名