

配食サービス利用申込書

年 月 日

(宛先)奈良市長

住所
氏名

次のとおり配食サービスを利用したいので申し込みます。

対象者	住所	奈良市								電話	—	
	フリガナ氏名						年	月	日生(歳)	男・女	
調理	ができない理由											
配食を希望する曜日 (曜日の昼又は夕の欄に○を記入してください。)	昼・夕選択制 (1日1食)	月	火	水	木	金	土	日				
	昼											
	夕											
希望事業者					弃当の種類							
世帯状況	1 単身 2 高齢者のみ 3 その他()											
	氏名	続柄	年齢									
緊急の場合の 連絡先	氏名	続柄	住所				電話番号					

承諾書

配食サービスの利用に当たって必要があるときは、関係機関に対象者の情報を提供することについて承諾します。

年 月 日

申請者氏名 _____

対象者氏名 _____

経由機関: 担当者: TEL —	地域包括支援センター受付欄	市 受 付 欄
地域包括支援センター 確認欄 -----		

心身の状況	傷病の状況		
	精神の状況	記憶	1 普通 2 やや悪い 3 大変悪い
		意思の疎通	1 普通 2 やや悪い 3 大変悪い
	身体の状況	視力機能	1 普通 2 弱視 3 喪失
		聴力機能	1 普通 2 やや難聴 3 難聴
	日常生活動作能力	起居	1 自分でできる。 2 介助によりできる。 3 常時臥床
		歩行	1 自分でできる。 2 器具又は介助によりできる。 3 全くできない。
		調理	1 自分でできる。 2 少しはできる。 3 全くできない。
		外出	1 自分でできる。 2 器具又は介助によりできる。 3 全くできない。
	介護保険の状況	認定	
担当居宅介護支援事業者 (ケアマネジャー)		事業所名 担当者名	
訪問介護等介護保険 制度利用状況			

※添付書類 ケアプラン(介護保険サービス利用中の場合)又は介護予防プラン