東海市配食サービス利用申出書

年　　月　　日

（あて先）　東海市長

申請者（本人）　住　所

氏　名

下記のとおり、東海市配食サービスの利用を申し込みます。また、配食サービスを受けるにあたり、配食業者及び東海市社会福祉協議会等関係者に対象者の個人情報を提供することについて同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="3">東海市</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>電話番号</td><td>（　　　）　　ー</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>生年月日</td><td>T・S　　　・　　・</td></tr>
<tr><td rowspan="5">※該当要件</td><td rowspan="3">65歳以上</td><td>世帯状況</td><td colspan="2">・ 単身世帯　・ 高齢者のみの世帯　・ 家族が不在がちな世帯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険認定者</td><td colspan="2">・ 要支援（　　　　）　・ 要介護（　　　　）　・事業対象者</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当ケアマネージャー　：</td></tr>
<tr><td>身体障害者</td><td>身体障害者手帳</td><td colspan="2">種　　級　（主な障害名　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外のもので必要な理由</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※希望の曜日と食事 （市の補助は1日1食）	毎日 :昼 :夕	月 :昼 :夕	火 :昼 :夕	水 :昼 :夕	木 :昼 :夕	金 :昼 :夕	土 :昼 :夕	日 :昼 :夕

サービス希望開始日	・令和　　年　　月　　日（　曜日）～
自費利用	有　（配食業者:　　　　　　　　）　・　無
※配食内容	・普通食　・おかずのみ　・おかゆ　・おかずキザミ食　・減塩食 ・アレルギー対応食（　　　　　　　）　・その他（　　　　　　）
希望の配食業者	1.壽屋　2.宅配クック1.2.3　3.さくら配食サービス　4.サカモト乳販 5.まごころ弁当　6.ライフデリ東海店
配達時等の要望	

<table>
<tr><td rowspan="5">緊急連絡先</td><td colspan="2">氏　　名</td><td>電話番号</td><td>同別居の別　（別居の場合は住所地）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>自宅（　　　）　　ー</td><td rowspan="2">・同居
：日中不在の場合はその理由
（　　　　　　　　）
・別居：市内・県内・（　　　　）県
（　　　　　）市町村</td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td><td>携帯（　　　）　　ー</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>自宅（　　　）　　ー</td><td rowspan="2">・同居
：日中不在の場合はその理由
（　　　　　　　　）
・別居：市内・県内・（　　　　）県
（　　　　　）市町村</td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td><td>携帯（　　　）　　ー</td></tr>
</table>

・太枠内のみ記入。※印は該当する箇所を選び、（　　）内は必要に応じて記入してください。

・月の途中で、配食業者を変更することはできません。

・本サービスは、ご自宅での直接手渡しが原則です。在宅されている曜日での利用を希望してください。

市記入欄

総合判断	可　・　否	利用料	円

記入者：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）・氏名（　　　　　　　　　　　　）
電話番号（　　　　－　　　　－　　　　）

関係機関の種類		事業所名	利用の曜日等
利用中又は、利用予定の介護保険サービス	デイサービス デイケア		
	ホームヘルパー 訪問入浴		
	訪問看護 訪問リハビリ		
	ショートステイ		
	福祉用具		
その他有償サービス等			

病　歴	発症時期	主な病名	主な病院名	※治療状況	主治医からの注意
				治療中 経過観察 その他	
				治療中 経過観察 その他	
				治療中 経過観察 その他	
				治療中 経過観察 その他	

※食事の調理に関する状況	①　自力で食事を準備できるか（買い物を含む）　・できる　・困難　・できない ②　調理器具を安全に使用できるか　・できる　・困難　・できない
※認知症	無　・　有