

様式第1号（第6条関係）

年　月　日

竹田市長 様

住 所
 申請者 氏 名 印
 電 話
 配食希望者との関係 ()

「食」の自立支援サービス利用申請書

下記のとおり「食」の自立支援サービスを申請します。

配食を希望する者	フリガナ			生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別 男・女
	氏名						
	住所 自治会	竹田市 (自治会 :)			電 話 番 号		
	身体状況						
不在の場合等の協力者	1				電 話 番 号		
	2						
配食を希望する理由							
家族の状況	氏名	続柄	性別	年齢	同別居	備考(健康状態、緊急連絡先等)	
配食希望回数	週 ___ 回 (希望する曜日 月、火、水、木、金、土、日)						
その他のサービス利用状況	軽度生活支援事業			有・無	(回 / 週 曜日)		
	生きがい活動通所支援事業			有・無	(回 / 週 曜日)		
	介護保険サービス			有・無	(回 / 週 曜日)		
				有・無	(回 / 週 曜日)		
				有・無	(回 / 週 曜日)		

委任状

私は、当該事務担当者に、税務担当課所有の世帯員の課税情報の提供又は閲覧する権限を委任します。

竹田市長 様

年 月 日

氏名

印

様式第2号(第6条関係)

食関連サービスの利用調整

1 実態把握

健康 状態	病 名			受診状況		
	医療機関名			既住歴		
	(主治医)					
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V					
生活 状況	1 支障なし 2 支障はないが困難を感じる 3 支障あり					
	ADLの状況			IADLの状況		
	移動(歩行)	1・2・3 ()	清掃	1・2・3 ()		
	食事	1・2・3 ()	洗濯	1・2・3 ()		
	排泄	1・2・3 ()	買い物	1・2・3 ()		
	入浴	1・2・3 ()	調理	1・2・3 ()		
整容	1・2・3 ()	金銭管理	1・2・3 ()			
社会的活動状況	(対人関係・外出状況・生活習慣等)					
特記事項						

2 介護予防サービス計画(作成の必要な者)

支援方針					
問題点	支援目標	支援内容(回/週)			
	軽度生活支援事業	(回/週)			
	生きがい活動支援通所事業	(回/週)			
	配食サービス	(回/週)			
	介護保険サービス	(回/週)			
	居宅介護支援事業所又は在宅介護支援センターの定期訪問	(回/週)			
	その他()				

3 食に関する調査

1 支障なし	摂食 1・2・3 ()	献立 1・2・3 ()
2 支障はないが 困難	買い物 1・2・3 ()	調理 1・2・3 ()
3 支障あり	配・下膳 1・2・3 ()	ごみ出し 1・2・3 ()
火気管理 1・2・3 ()	食費管理 1・2・3 ()	
調理・食事設備	十分 不十分 その他()	
食材等調達先	なし あり(食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他())	
総合判定	適当 不適当 その他()	

4 配食サービス (開始希望日 年 月 日())

	月	火	水	木	金	土	日
昼食							
夕食							

記載例

様式第1号（第6条関係）

竹田市長 様

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇市△△1234番地
 申請者 氏 名 〇〇 〇〇 印
 電 話 0123-45-6789
 配食希望者との関係（ 子 ）

「食」の自立支援サービス利用申請書

下記のとおり「食」の自立支援サービスを申請します。

配食を希望する者	フリガナ	タケタ タロウ		生年 月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	性別
	氏名	竹田 太郎				<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	住 所 自治会	竹田市大字竹田1234番地 (自治会： 〇〇〇)			電 話 番 号	60-1234
	身体状況	要支援〇、身体障害〇級 下肢痛、腰痛あり。歩行時は杖を使用している。				
不在の場合等の協力者	1	山田 花子 ※最低1人は近所の方を		電 話 番 号	60-1111	
	2	佐藤 一郎			60-2222	
配食を希望する理由	例) 腰痛や下肢痛がひどくなり、長時間の立ち仕事ができなくなってきた。 台所での調理が辛くなってきたため。弁当（おかずのみ）希望。					
家族の状況	氏名	続柄	性別	年齢	同別居	備考(健康状態、緊急連絡先等)
	竹田 花子	妻	女	80	同居	〇〇病院に入院中
						※独居なら記入不要
配食希望回数	週 3 回	(希望する曜日 月、火、水、木、金、土、日)				
その他のサービス利用状況	軽度生活支援事業			有・無	(回／週 曜日)	
	生きがい活動通所支援事業			有・無	(回／週 曜日)	
	介護保険サービス			有・無	(デイサービス 1回／週 木曜日)	
				有・無	(回／週 曜日)	
				有・無	(回／週 曜日)	

委任状

私は、当該事務担当者に、税務担当課所有の世帯員の課税情報の提供又は閲覧する権限を委任します。

竹田市長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 竹田 太郎 印

記載例

様式第2号(第6条関係)

食関連サービスの利用調整

1 実態把握

健康状態	病名	高血圧症、糖尿病、…		受診状況	1回/週	
	医療機関名	○○○○病院		既住歴	両膝変形性膝関節症	
	(主治医)	大分 次郎				
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V					
生活状況	1 支障なし 2 支障はないが困難を感じる 3 支障あり					
	ADLの状況			IADLの状況		
	移動(歩行)	1・2・3 (杖歩行(屋外))		清掃	1・2・3 ()	
	食事	1・2・3 ()		洗濯	1・2・3 ()	
	排泄	1・2・3 ()		買い物	1・2・3 ()	
	入浴	1・2・3 ()		調理	1・2・3 ()	
整容	1・2・3 ()		金銭管理	1・2・3 ()		
社会的活動状況	(対人関係・外出状況・生活習慣等) おしゃべりサロン(1回/週)					
特記事項						

2 介護予防サービス計画(作成の必要な者)

支援方針						
問題点	支援目標	支援内容(回/週)				
		軽度生活支援事業 (回/週)				
		生きがい活動支援通所事業 (回/週)				
		配食サービス (3回/週) 月・水・金				
		介護保険サービス (1回/週) 木 (回/週)				
		居宅介護支援事業所又は在宅介護支援センターの定期訪問 (回/週)				
		その他()				

3 食に関する調査

1 支障なし	摂食 1・2・3 () 献立 1・2・3 ()
2 支障はないが困難	買い物 1・2・3 (杖歩行) 調理 1・2・3 (杖歩行)
3 支障あり	配下膳 1・2・3 (杖歩行) ごみ出し 1・2・3 (杖歩行)
火気管理	火気管理 1・2・3 () 食費管理 1・2・3 ()
調理・食事設備	十分 不十分 その他()
食材等調達先	なし あり(食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他())
総合判定	適当 不適当 その他()

4 配食サービス (開始希望日 ○○年○○月○○日)

	月	火	水	木	金	土	日
昼食							
夕食	○		○		○		