

射水市配食みまもりサービス事業利用申請書

年 月 日

射水市長

申請者 住所
(送付先) 氏名
電話
(利用者との関係)

次のとおり、配食みまもりサービス事業の利用を申請します。

利用者対象者	ふりがな				生年	年 月 日 (歳)	
	氏名				月日		
	住所	射水市			電話		
	世帯状況	ひとり暮らし・高齢者のみの世帯・その他 ()					
緊急時の連絡先	住所				電話番号	自宅	
	氏名		続柄			携帯	
希望配食事業所					希望曜日		
配食によるみまもりサービスの利用を希望し、配食事業所に当申請書及び食のアセスメント票の情報(写し)を提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">利用者氏名</p>							

食のアセスメント票

※以下、担当介護支援専門員又は地域包括支援センター記入欄 記入日 年 月 日

家族等支援状況	氏名	続柄	年齢	住所	訪問頻度	支援内容(食事提供・買い物支援など具体的に)	
地域の見守り状況		1 あり() 2 なし					
食生活の状況	現行	献立	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり()		
		調理	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり()		
		買い物	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり()		
		調理設備	1 十分	2 不十分()			
※2、3を選択した場合()内にどのように支障があるかを具体的に記入							
サービスの週間予定		日	月	火	水	木	金 土
	朝						
	昼						
	夕						
配食事業所への連絡事項	(配食又は対面時に注意して欲しい事等)						
記入者(介護支援専門員又は包括)	事業所名 : 連絡先 : 氏名 :						
利用決定日 ※市記入欄	年 月 日						