

第3号様式 (第4条関係)

和泊町「食」の自立支援サービス利用申請書

平成 年 月 日

和泊町長 伊地知 実利 殿

申請者 住 所 和泊町  
氏 名 〇  
生年月日 明・大・昭 年 月 日 満 歳  
電話番号 92-

「食」の自立支援サービスを利用したいので申請します。

- 1. 開始希望年月日 平成 年 月 日から
- 2. 配食サービスの利用希望

	月		火		水		木		金		土	
	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜
利用希望												

3. 家族の状況

氏 名	続柄	年齢	性別	同居 別居	住 所	職 業	電話番号
家族状況	独居 (子供 有 ・ 無 )			老夫婦世帯		同居 (有 ( 人 ) ・ 無 )	
	独居 ( 昼 ・ 夜 )			その他 ( )			

4. 緊急時の連絡先

氏 名	続柄	住 所	電話番号	勤務先	電話番号

5. 申請する理由 (必ず記入してください。)

6. その他のサービス利用状況

- ① 訪問関係サービス利用 ( 有 ・ 無 ) ( )
- ② 通所関係サービス利用 ( 有 ・ 無 ) ( )
- ③ その他のサービス利用 ( 有 ・ 無 ) ( )

7. 住所略図 (住宅地図などの写し)

第1号様式 (第2条関係)

アセスメント票

基本事項	相談年月日	平成 年 月 日 ( 回) 担当者 ( )		
	対象者	氏名	男・女 (M・T・S 年 月 日生 歳)	
		住所	和泊町	電話
	聞き取り相手方	本人・家族 ( )・他 ( )		家族構成図
	申請内容・理由			
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 3 あり [(非該当・要支援・要介護 ( ))]		
	福祉手帳	1 なし 2あり (身障 級・精神 級・知的 級)		
現在利用, 相談している機関	1 なし 地域型在宅介護支援センター・基幹型在宅介護支援センター			
	2 あり 居宅介護支援事業所・保健センター・医療機関・福祉担当課・民生委員・その他 ( )			
現在利用しているサービスの状況	1 なし			
	2 あり サービス名, 利用頻度			
経済状況	1 自己負担ができる 2 自己負担ができない			
	備考 [a生活保護 bその他 ( )]			
家族	家族構成	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他 ( )		
	家族状況	1 日中不在 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし		
	食事支援	1 同居家族 2 親族 (a通い支援 b食事差し入れ c買物援助) 3支援なし		
本人に対する問題	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名 ( ) ( 頃から)		
		未受診、 通院 回/月・週、 往診 回/月・週		
		服薬 1 なし 2 あり	かかりつけ医 ( )	
	主な既往疾患	1なし 2あり ( _____年前) 治療 (有・無) 入院 (有・無) 手術 (有・無)		
	B M I	1 (体重 kg) ÷ (身長 m) = ( ) 2 測定不能		
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり ( )		
	視力	1 問題なし 2 問題あり ( )		
	聴力	1 問題なし 2 問題あり ( )		
排泄	1 問題なし 2 問題あり ( )			
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			
食に関する状況	食生活能力 1支障なし 2支障はないが 困難 3支障あり	摂食 1・2・3 ( )	献立 1・2・3 ( )	
		買い物 1・2・3 ( )	調理 1・2・3 ( )	
		配・下膳 1・2・3 ( )	ゴミ出し 1・2・3 ( )	
	火気管理 1. 2. 3 ( )	食費管理 1・2・3 ( )		
自立意欲	1 問題なし 2 問題あり ( )			
食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)			
一緒に食べる人	A朝 1あり 2なし	B昼 1あり 2なし	C 1あり 2なし	
調理・食事設備	1 十分 2 不十分 ( )			
食材・食品入手先	1 なし 2 あり (食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売)			
総合判断	1承認 2継続承認 3調整後承認 4二次アセスメント 5他サービスへ 6不承認/辞退			
特記事項・コメント				

アセスメント結果・利用調整シート

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

1 申請希望内容

- ①新規 配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週  
 ②変更 配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週

2 調整の理由

3 調整変更の指示

- ①配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 (理由 )  
 本人の 合 ・ 否 (理由 )  
 ②他サービス ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 (理由 )  
 本人の 合 ・ 否 (理由 )  
 ③他サービス ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 (理由 )  
 本人の 合 ・ 否 (理由 )  
 ④他サービス ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 (理由 )  
 本人の 合 ・ 否 (理由 )  
 ⑤その他 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
 (理由 )  
 本人の 合 ・ 否 (理由 )

5 決定週間プラン (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

和泊町「食」の自立支援事業利用変更（中止）申請書

和泊町長 伊地知 実利 殿

届出人 住所 和泊町  
氏名 印

下記の理由により、配食サービスを変更（中止）をしたいので、和泊町「食」の自立支援事業実施要綱第6条第1項の規定により申請します。

変更（中止） 前の連絡先	氏名	登録番号（ ）
	住所	電話番号（92－ ）
変更（中止） 年 月 日	平成 年 月 日から	
転 出	平成 年 月 日転出	
死 亡	平成 年 月 日死亡	
辞 退	平成 年 月 日辞退	
一 時 停 止	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	
変 更 理 由		

	月		火		水		木		金		土	
	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜	昼	夜
変更前												
変更後												

※ この届出は、変更をする3日前までに提出してください。