

# 令和 年度 食の自立支援サービス利用申請書

志免町長 様

下記のとおり、サービスの利用を申請します。また、届出事項に変更があった場合はすみやかに申出ます。

申請日：令和 年 月 日

届出者：氏 名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

（窓口に来た人） （連絡先Tel： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_）

|                                                |                                                                                                       |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|---|-----|
| フリガナ                                           |                                                                                                       |                     | 性別  | 男・女                         | 生年月日      |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
| 氏 名                                            |                                                                                                       |                     | 性 別 | 男・女                         | 年 月 日     |                                                                                                                                                                       |                                           | ( 歳) |   |     |
| 住 所                                            | 志免町                                                                                                   |                     |     |                             |           | 電話                                                                                                                                                                    |                                           |      |   |     |
| 世 帯 状 況                                        | <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )  |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
| サ ー ビ ス<br>希 望 理 由                             |                                                                                                       |                     |     |                             | 介護保険      | 要介護度                                                                                                                                                                  | 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       |                     |     |                             | 障害        | 手帳                                                                                                                                                                    | _____ 級                                   |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       |                     |     |                             | 居宅介護支援事業者 |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
| サービス<br>希 望<br>内 容                             | 期 間                                                                                                   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|                                                | 補助曜日                                                                                                  |                     | 月   | 火                           | 水         | 木                                                                                                                                                                     | 金                                         | 土    | 日 | 回数計 |
|                                                |                                                                                                       | 昼                   |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   | 昼 回 |
|                                                |                                                                                                       | 夜                   |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   | 夜 回 |
|                                                | 食材等の注意点<br>アレルギー等                                                                                     |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|                                                | 配達時の<br>注意点等                                                                                          |                     |     |                             |           | その他<br>下記の期間は事業者によって対応が異なります。<br>別紙事業者リストをご確認ください。<br>・月定休日 <input type="checkbox"/> 希望<br>・夏季休み（お盆） <input type="checkbox"/> 希望<br>・年末年始 <input type="checkbox"/> 希望 |                                           |      |   |     |
| 緊急連絡先                                          | 1                                                                                                     | フリガナ                |     |                             | 続 柄       |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       | 氏 名                 |     |                             | TEL       | 自 宅                                                                                                                                                                   |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       | 住 所                 |     |                             |           | 携 帯                                                                                                                                                                   |                                           |      |   |     |
|                                                | 2                                                                                                     | フリガナ                |     |                             | 続 柄       |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       | 氏 名                 |     |                             | TEL       | 自 宅                                                                                                                                                                   |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       | 住 所                 |     |                             |           | 携 帯                                                                                                                                                                   |                                           |      |   |     |
| 希 望<br>事 業 者                                   | <input type="checkbox"/> 菜の花宅配サービス<br><input type="checkbox"/> 緑の里<br><input type="checkbox"/> ワタミ    |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           | 受付印  |   |     |
|                                                | <input type="checkbox"/> 事業者通知<br><input type="checkbox"/> 台帳入力<br><input type="checkbox"/> 高齢者管理台帳入力 |                     |     |                             |           |                                                                                                                                                                       |                                           |      |   |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 調査依頼日    / |                                                                                                       | 補助回数                |     | 要支援1・2    3回    90歳以上    7回 |           | 要介護1    4回    認知症BⅡ以上    7回                                                                                                                                           |                                           |      |   |     |
|                                                |                                                                                                       |                     |     | 要介護2    5回                  |           | 要介護3    7回                                                                                                                                                            |                                           |      |   |     |