

# 足立区高齢者配食サービス支援事業申請書

(提出先)

年 月 日

足立区

(申請者) 住 所

電話番号

氏 名

利用者との関係

下記のとおり申請します。

<b>利用者</b>	住 所		生年月日	
			年 月 日	
	氏 名 (フリガナ)		電話番号	
		— —		
<b>緊急時 連絡先</b>	住 所		続柄	
	氏 名		電話番号	
		— —		
<b>対 象 要 件</b>	年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上である		
	家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	生活状況	<input type="checkbox"/> 病院に入院していない (退院見込みの場合を除く)		
		<input type="checkbox"/> 食の支援を必要とする高齢者以外の者 (入所している施設、別居の親族など。配食事業者を除く。) から食事の提供を受けることができない		
	利用状況	<input type="checkbox"/> 過去の本事業の利用において、負担すべき費用の支払いを滞納していない		
	1	加齢等による身体機能低下、怪我、障がい等の身体的な理由により食事を用意することができない	0	
	2	判断力の低下等の精神的な理由により食事を用意することができない		
3	退院後等の事情により、刻み食、ムース食、糖質制限食等特別な食事が必要であるが、当該食事を用意することができない			
1~3のうち該当するものを右欄に記載				

**■身体状況等確認項目** 一番近いものにチェックをしてください。

買物・調理	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 杖や歩行補助具があればできる	<input type="checkbox"/> ひとりでの外出・買物・調理は困難	<input type="checkbox"/> できない・寝たきり状態
火気・金銭管理 (判断力)	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し心配だが何とかできる	<input type="checkbox"/> 管理できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
食事の形態	<input type="checkbox"/> 一般食	<input type="checkbox"/> 軟飯やきざみ状	<input type="checkbox"/> お粥やとろみ	<input type="checkbox"/> ムースやペースト状
食事の種類	<input type="checkbox"/> 一般食	<input type="checkbox"/> カロリー調整食	<input type="checkbox"/> 減塩食	<input type="checkbox"/> たんぱく調整食等

**■希望する事業者を記載してください。**

事業者コード	事業者名	
810		<input type="checkbox"/> 左記の店に利用の相談を行い、利用の承諾を得た

**個人情報同意欄**

私は、本申請の決定または区が必要とした場合は、住民記録情報、介護保険情報等区が保有する個人情報の利用に同意します。また、この申請書に記載した内容について、区が事業の趣旨に基づき必要であると判断した場合は必要な機関等 (配食事業者含む) へ情報提供することに同意します。

※ 本人が署名できない場合は、本人の了承を得て、家族等代筆者名を記入してください。

本人署名 (必須) \_\_\_\_\_ 印 代筆者名 \_\_\_\_\_ (続柄等 \_\_\_\_\_)

**<区事務処理欄> (この欄は記入しないで下さい。)**

No.	申請受付日 (例: 2024年10月1日→20241001)	利用開始年月 (例: 2024年11月→202411)
	西暦	西暦
<input type="checkbox"/> 本人年齢	<input type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 併給
		確認日 / 処理者