

足立区高齢者配食サービス支援事業申請書

(提出先)
足立区

年 月 日

(問合先) 住 所 電話番号 — —
氏 名 利用者との関係
※ 問合先の記載内容を配食事業者提供いたします。

下記のとおり申請します。

利用者	住 所		生年月日	
			T・S 年 月 日	
	氏 名 (フリガナ)		電話番号	
			— —	
緊急時 連絡先	住 所	続柄		
	氏 名	電話番号 — —		
対 象 要 件	年齢	☐ 65歳以上である		
	世帯構成 (住民票の 世帯)	☐ 高齢者世帯		
		☐ 同居する64歳以下の世帯員が就労等により日中・夜間独居となる方		
		☐ その他 ()		
	利用状況	☐ 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困難な方		1～3のうち該当するものを右欄に記載	
	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困難な方		0	
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困難な方				

■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。審査の基準は太字の項目に☑がある方です。				
買物・調理	☐ 自分でできる	☐ 杖や歩行補助具があればできる	☐ ひとりでの外出・買物・調理は困難	☐ できない・寝たきり状態
火気・金銭管理 (判断力)	☐ 自分でできる	☐ 少し心配だが何とかできる	☐ 管理できない時がある	☐ できない
食事の形態	☐ 一般食	☐ 軟飯やきざみ状	☐ お粥やとろみ	☐ ムースやペースト状
食事の種類	☐ 一般食	☐ カロリー調整食	☐ 減塩食	☐ 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		☐ 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。 ※ 本人が署名できる場合は、押印は不要です。代わりの方が記名する場合は、本人の氏名に加えて、本人の印（認印可、シャチハタ不可）代筆者名、続柄の記載が必要です。	
氏名（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		
☐ 本人年齢	☐ 世帯員	☐ 特養	☐ 併給	確認日 /	処理者