

## 配食サービス利用申請書

申請日：令和 年 月 日

|                                       |                       |    |
|---------------------------------------|-----------------------|----|
| 申請者                                   | 氏名<br>(事業所(代行申請の場合)：) | 電話 |
|                                       | 住所                    |    |
| 利用者との続柄：本人・家族・地域包括・居宅ケア・配食利用施設・その他（ ） |                       |    |

利用希望者（適宜印をつけ記入してください）

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |         |           |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                                                                                 | 性 別     | 男 ・ 女     |
| 氏 名                   |                                                                                                                                                                                                                                                 | 生年月日    | 大 昭 年 月 日 |
| 住 所                   | 〒 京都市 区                                                                                                                                                                                                                                         | 年 齢     | 歳         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                 | 電 話     |           |
| 介護保険被保険者番号            |                                                                                                                                                                                                                                                 |         |           |
| 要 介 護 等 認 定           | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）<br><input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中<br><input type="checkbox"/> 74項目調査認定者 <input type="checkbox"/> 74項目調査認定 新規申請中 |         |           |
| 認定の有効期間               | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで                                                                                                                                                                                                                            |         |           |
| 同居の有無                 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし<br><input type="checkbox"/> 買物・調理ができる状態にない者と同居（利用者との続柄： ）                                                                                                                                                       |         |           |
| 緊 急 連 絡 先<br>(複数記入推奨) | 氏名                                                                                                                                                                                                                                              | 利用者との続柄 | 電話        |
|                       | 氏名                                                                                                                                                                                                                                              | 利用者との続柄 | 電話        |
| 利用希望曜日                | 週 回（月・火・水・木・金・土・日）                                                                                                                                                                                                                              |         |           |
| 利用開始希望日               | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                        |         |           |

地域包括・居宅介護支援事業所・配食利用施設 補足記入欄（適宜印をつけ記入してください）

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|
| 担当者         | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                  | 氏名(ケアマネ・相談員) | 電話 |
| 要件確認<br>方法  | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 聞き取り（ ）から                                                                                                                                                              |              |    |
| 所見<br>申請理由  | 利用希望者・同居者ともに買物・調理ができない状態を記すこと。又はその旨がわかる居宅サービス計画書の第1表等の写しを添付。                                                                                                                                                                                                          |              |    |
|             | <input type="checkbox"/> 利用希望者は、買物・調理ができません。<br><input type="checkbox"/> 同居の方は、下記に記した心身の状態にあり買物・調理ができません。<br>要支援・要介護認定者、74項目調査認定者、入院、入所、身体・精神の障害者、認知症状、疾患等による（病名 ）その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 同居の方は、仕事で昼食時間帯を含み概ね14時間以上不在であり、買物・調理ができません。<br>また、利用希望者はその間1人です。 |              |    |
|             | 補足理由記入欄                                                                                                                                                                                                                                                               |              |    |
| 配食利用<br>施設名 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |              | 担当 |