様式第１号（第５条関係）

（表）

給食サービス利用申請書

年　　月　　日

養 父 市 長　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

給食サービスを利用したいので次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">利用者</td><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯の状況</td><td colspan="3">１ ひとり暮らし ２ 高齢者のみ ３ 障害者 ４ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体の状況</td><td colspan="3">・介護保険　要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）
・身体障害者手帳　（身体・知的・精神）
・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請内容</td><td colspan="3">・配食希望日（月・火・水・木・金）
・開始希望日（　　年　　月　　日から）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">同居の家族</td><td>氏　　名</td><td>性別</td><td>年齢</td><td>続柄</td><td>備　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">緊急連絡先</td><td>氏名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">※　処理欄
※　・承　認　　年　　月　　日
　　・不承認　　理由（　　）</td><td>課長等</td><td>リーダー</td><td>担当</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（裏）

利用申請者アセスメント

聞き取り者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康状態	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．多少支障あり 3．支障あり	摂取　1・2・3（　　）	献立　1・2・3（　　）
			買物　1・2・3（　　）	調理　1・2・3（　　）
			配膳下膳　1・2・3（　　）	ごみ出　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		・朝　1有　2無　・昼　1有　2無　・夜　1有　2無	
調理・食事設備			1　十分　　2　不十分（　　）	
食材・食品購入先			1　なし　　2　あり（食品店・生協・移動販売・その他（　　））	
現在利用のサービス			1　デイサービス（　　回／週）　2　デイケア（　　回／週） 3　ヘルパー（　　回／週）　4　その他（　　）	
担当ケアマネジャー				担当民生委員
総合判断			1　承認　　2　他サービスへ　　3不承認／辞退	
特記事項				