

食の自立支援サービス利用申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

食の自立支援サービスの利用について、次のとおり申請します。

●ID 番号	●は記入不要です。													
ふりがな 申請者氏名	せんだい たらう 仙台 太郎	生年 月日	□明治 □大正 ■昭和 ○年 ○月 ○日 (○歳)						性別	■ 男 □ 女				
住 所 電話番号	仙台市 ○○ 区 ○○○○ 電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○													
世帯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみで同居者が入院、病気等である <input type="checkbox"/> 日中高齢者のみで同居者が入院、病気等である <input type="checkbox"/> その他 ( )													
同居家族 の状況	氏 名		続柄	本サービスの利用		食事の確保が困難な理由等								
	宮城 花子		妻	■あり □なし		退院直後により調理等が困難								
緊急連絡先 (不在時の 連絡先)	氏名	仙台 一郎			本人との関係		長男							
	住所	○○区○○○			電話番号		○○○-○○○○							
介護認定 の状況	■要介護 ( 3 )    □要支援 ( )    □事業対象者													
ボランティア配 食サービス	□利用している (団体名: )    ■利用していない													
希望配食 内容	サービス提供 開始希望日	○年 ○月 ○日 (○) ※サービス提供は申請書受付日の1～2週間後になります。												
	配食 事業者名	○○○弁当												
	食事 内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食：医師からの指示 (kcal)												
	利用 回数	週 4 回	※希望する曜日に○を 付けてください		昼食	○	○		○	○				
申請代行者・ 提出經由機関	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (名称: 地域包括支援センター)													
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 (名称: ○○○ケアプランセンター )													
	氏名	○○ ○○			電話番号	○○○-○○○○								
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> 豊齢力チェックリストの写し (事業対象者のみ)													
調査に係る同 意	本申請書の写し及び申請に係る調査内容について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び配食事業者に提供することに同意します。また、申請内容についての確認のために私の身体状況、生活状況等について調査することに同意します。  氏名 <u>仙台 太郎</u> 印 (本人自署の場合、押印不要です。)													
●仙台市 処理欄	実態把握調査票 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし													