様式第１号（第５条関係）

年 月 日

大 崎 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

大崎市高齢者配食サービス事業利用申請書

 大崎市高齢者配食サービス事業を利用したいので，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住 所 |  | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 性 別 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年 齢 | 歳 |
| 要 介 護認 定 等の 状 況 | 被保険者番号 |  | 要介護状態区分 |
| 認定年月日 | 令和　　　年　　　月 日 | □要支援・要介護（　　）□事業対象 |
| 認定有効期限 | 令和　　　年 月 日 |
| 家族構成 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 年 齢 |
|  | 大・昭 年 月 日 | 歳 |
|  | 大・昭 年 月 日 | 歳 |
| 利用期間 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで |
| 利用希望内 容 | 事 業 者 | 回　　数 | 曜 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  | 週　　回 | 昼 食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊 急連 絡 先 | 住 所 |  | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 本人との関係 |  |
| 添付書類 | １ 高齢者配食サービス事業利用承諾書（別紙１）２ 高齢者配食サービス事業利用者実態把握票（別紙２）３ 居宅サービス計画書（１）・（２），週間サービス計画書（要介護認定者）４ 介護予防サービス支援計画書，週間サービス計画書（要支援認定者）５ 利用者基本情報 |

□ 申請手続代行者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所（申請者と同居の場合は不要） | 氏 名 | 本人との関係 | 電話番号 |
|  |  |  |  |

※１ 利用期間の終了日は，特に希望がなければ年度の末日を記入してください。

※２ 事業者は１事業者とし，回数は昼食又は夕食のいずれかの１日１回（週７回を限度）とします。

※３ 利用希望内容については，審査結果に基づき変更する場合があります。

別紙１

高齢者配食サービス事業利用承諾書

１ 事業の利用の決定を受けた場合には，市が事業を委託している法人（以下「委託事業者」という。）に対し，申請にあたり届け出た事項について，情報提供することを承諾します。

２ 食事の配達時間帯は自宅で待機し，食事は，委託事業者から直接受け取ります。

３ 食事を休止する場合は，休止する日の前日の午後５時までに，この事業の所管課又は委託事業者に連絡します。

４ 食事の配達時に連絡なく不在であった場合は，食事を委託事業者において廃棄処分することを承諾し，その場合には，利用者負担額に，市が委託事業者に支払う配達料金を加算した金額を，委託事業者の指定する方法により当該委託事業者に支払います。

５ 事業の利用にあたり，届け出た事項に変更が生じたときは，速やかに，市長にその内容を届け出ます。

令和　　　年 月 日

大 崎 市 長 様

申請者 住 所

 　　　　氏 名

別紙２

高齢者配食サービス事業利用者実態把握票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 記録年月日 | 令和　　年 月 日 |
| 応答者 | 本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（続柄： ） |
| １ 身体機能・疾病による困難 |
| 服薬状況 |  １ なし ２ あり（薬名： ） 摂取禁止食品（ ） |
| 食物アレルギー |  １ なし ２ あり（アレルゲン： ） |
| 治療食・配慮食を要する食事の必要 |  １ なし ２ あり（疾病名： ）指示内容（ ） |
| ＢＭＩ（体格指数） |  １（体重 ㎏）÷（身長 ｍ×身長 ｍ）＝（ ） ２ 測定不能やせ：18.5未満・標準：18.5以上25未満・やや肥満：25以上30未満・肥満：30以上 |
| 体重（６箇月以内に５％以上） | 減 少 |  １ なし ２ あり（約 ㎏） ３ 不明 |
| 増 加 |  １ なし ２ あり（約 ㎏） ３ 不明 |
| 肢 体機能障害 | 上肢の状態 |  １ 困難なし ２ 困難あり（麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他（ ）） |
| 下肢の状態 |  １ 困難なし ２ 困難あり（麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他（ ）） |
| 視力障害 |  １ なし ２ あり（買い物・調理・摂食・その他（ ）） |
| 摂食・嚥下動作 | 口への取込 |  １ 問題なし ２ 問題あり（状況： ） |
| 咀しゃく |  １ 問題なし ２ 問題あり（状況： ） |
| 嚥 下 |  １ 問題なし ２ 問題あり（状況： ） |
| ２ 精神機能障害による困難  |
| 抑うつ状態 |  １ なし ２ あり（具体的に： ） |
| 閉じこもり状態 |  １ なし ２ あり（具体的に： ） |
| 不安傾向 |  １ なし ２ あり（具体的に： ） |
| 依存傾向 |  １ なし ２ あり（具体的に： ） |
| ３ 嗜好・嗜癖・習慣・食生活状況 |
| 食 資 源 | 外食利用 |  １ なし ２ あり（ 回／週・月，種類：和食・洋食・中華・麺類） |
| 配食サービス |  １ なし ２ あり（ 回／週，利用事業者： ） |
| いつもの食事内容 | 朝 食 |  １ 食べない ２ 食べる（内容： ） |
| 昼 食 |  １ 食べない ２ 食べる（内容： ） |
| 夕 食 |  １ 食べない ２ 食べる（内容： ） |
| 間 食 |  １ 食べない ２ 食べる（内容： ） |
| ４ 家族・地域との問題 |
| 家族との意思疎通 |  １ 良い ２ 普通 ３ 悪い（具体的に： ） |
| 孤立状態 |  １ 問題なし ２ 問題あり（具体的に： ） |
| 食に関する地域資源 |  １ 問題なし ２ 問題あり（具体的に： ） |
| ５ 食品等の入手先・外出時の交通手段 |
| 食材・食品の入手先 |  １ なし ２ あり（生協・スーパー・コンビニ・移動販売・その他（ ）） |
| 交通手段 |  １ 外出できる（歩行・自転車・自家用車・バス・タクシー） |
|  ２ 外出はできるが買い物は困難（理由： ） |
|  ３ 外出困難（理由： ） |

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日 | 令和 年 月 日（ ） | 来 所・電 話その他（ ） | 初 回再 来（前 ／ ） |
| 本人の現況 | 在宅・入院又は入所中（ ） |
| フリガナ本人氏名 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日生　　　　歳 |
| 住所 |  | TELFAX | （　　　）（ ） |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ |
| 認定情報 | 非該当・要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５有効期限：令和 年 月 日～令和 年 月 日（前回の介護度 ） |
| 障害等認定 | 身障（ ），療育（ ），精神（ ），難病（ ）， （ ） |
| 本人の居住環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（ ）階，住宅改修の有無 |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護･･･ |
| 来所者(相談者) |  | 家族構成 | 家族構成◎＝本人，○＝女性，□＝男性●■＝死亡，☆＝キーパーソン主介護者に「主」副介護者に「副」（同居家族は○で囲む）家族関係等の状況 |
| 住所連絡先 |  | 続柄 |  |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

|  |  |
| --- | --- |
| 今までの生活 |  |
| 現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか） ？ | １日の生活・すごし方 | 趣味・楽しみ・特技 |
|  |  |
| 時 間 | 本 人 | 介護者・家族 |
|  |  |  | 友人・地域との関係 |
|  |
| 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く） |
| 年 月 日 | 病 名 | 医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆） | 経 過 | 治療中の場合は内容 |
| 年 月 日 |  |  |  | TEL | 治療中経観中その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | TEL | 治療中経観中その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | TEL | 治療中経観中その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | TEL | 治療中経観中その他 |  |
| 《現在利用しているサービス》 |
| 公的サービス | 非公的サービス |
|  |  |
|  |
| 地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり，利用者の状況を把握する必要があるときは，要介護認定・要支援認定に係る調査内容，介護認定審査会による判定結果・意見，及び主治医意見書と同様に，利用者基本情報，アセスメントシートを，居宅介護支援事業者，居宅サービス事業者，介護保険施設，主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。令和 年 月 日 氏 名  |