

食事配達支援サービス利用申請書

年 月 日

南小国町長

食事配達支援サービスの利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		生 年 月 日	歳	性別		
申請者氏名		年 月 日		男 女		
住 所		電話	—			
食事配達を申請する理由						
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援 (認定期間 ~) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> なし					
食に関する状況 食生活能力 (本人が行っている事)	献立(栄養バランス)		調理		配・下膳	
	ゴミ出し		食費管理		火気管理	
食料品購入等に関する支援状況 (他の人が行っている事)	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族等 (通い支援 食事差し入れ 買い物支援)					
	<input type="checkbox"/> 居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 民間事業者 <input type="checkbox"/> なし					
希望食事配達日	週 回 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 火・金曜日					
調査に係る同意	本申請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食事配達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 (自署)		印			

対象者

食事作りが困難な65歳以上の方の世帯で、要介護認定において「要支援と認定された方、又は事業対象者（日常生活基本チェックリストにて判定基準に該当）と認定された方

サービスの内容

- ◎食事を利用者に直接手渡し、声掛けによる安否確認を行います。
- ◎週2回を限度として月・金曜日に1食200円でお届けします。
- ◎配達する食事は、お弁当でご飯とおかずをセットでお届けします。

申請に必要な物

- ◎食事配達支援サービス申請書
- ◎日常生活基本チェックリスト
- ◎実態把握シート

お問い合わせ先

南小国町役場福祉課

南小国町地域包括支援センター