

『「食」の自立支援』利用申請書

新規・変更〔配食事業者・ケアマネ事業所・緊急連絡先・転居・上限回数(要裏面記載)〕

<あて先> 富士市長

年 月 日

『「食」の自立支援』の利用について次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名									性別	男・女	生年月日	〔大・昭〕 年 月 日(歳)					
	住所	〒										固定電話						
	世帯区分	単身・高齢者世帯・その他()										携帯電話						
介護認定	被保険者番号									認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
	認定区分	☐ 要介護認定(要介護) 又は 要支援認定(要支援) ・ ☐ 事業対象者																
緊急連絡先	ふりがな 氏名									続柄		固定電話						
	住所																	
	ふりがな 氏名									続柄		固定電話						
	住所																	
配達希望・留意点	事業者 (店名)											月	火	水	木	金	土	日
	昼食	(店)																
	夕食	(店)																
	サービス利用日	食事を伴う〔訪問介護、通所介護、健康づくりデイ、通所リハビリ、小規模多機能等〕の利用日に○をしてください。																
	開始希望日	年 月 日 ()				開始日 ※事務局記入欄	年 月 日 ()				上限回数	週	回					
	難聴	なし・あり		歩行	可・不可		本人受取	可・不可(理由:)										
	その他特記事項											治療食	不要・要		配達日の外出 (デイサービス等)	無・有		
										治療食又は配達日の外出が「有」の場合、事業者に配達可否を確認してください					確認済・未確認			
プラン作成者	事業所											申請者が「要支援認定」「事業対象者」の場合、担当地域包括の印が必要です		確認印				
	氏名									電話番号								

- * 事業者の方へ…サービス開始日が決まり次第、利用者(申請者)およびプラン作成者にご連絡ください。
- * プラン作成者の方へ…この紙面の情報に変更が生じた場合〔配達事業者・ケアマネ事業所・緊急連絡先・転居〕は、表裏のみ変更申請してください。上限回数の変更は表裏両面を記載のうえ変更申請をしてください。但し、上限回数内の回数変更と曜日変更は、電話連絡での変更を受け付けます。

同意書 ※(氏名を自書しない場合は、記名押印すること)

私(申請者)は、当事業が安全・適正に実施できるよう、この申請情報に変更が生じた場合は、必要な手続きを行います。また、事業に必要な範囲で、市が申請者、介護認定の状況等について調査すること及び関係機関に情報提供することに同意します。

申請者:

代筆者:

新規申請・更新申請・上限回数の変更申請の時、ご記入をお願いします。

● 日常生活における状態について、該当に○をし配点を基に点数を計算してください。

調 査 事 項			配点	必要
低 栄 養	1	現在、十分な栄養が取れていない 理由： (状況)	1	
	2	栄養バランスに偏りがある 理由： (状況)	1	
	3	口腔ケアの指導が必要である(固いものが食べにくい、口が渇く、むせるなど)	1	
	4	BMI【 】 ← 体重【 】kg ÷ [身長【 】(m)] ² ふくらはぎが本人の親指と人差し指で囲める又はBMIが18.5未満である	2	
	5	最近6ヶ月間で体重が2～3kg以上減少した 前回計測時【 】月【 】kg 今回計測時【 】kg	2	
※「低栄養」の項目が合計 3 点以上の方のみ本事業の対象者となります。			小 計	

3点以上の方は↓下記チェックに進んでください。

見 守 り	6	家に閉じこもりがちで、近隣との関わりがない	1	
	7	何かあったときに対応できる家族や親族がいない	1	
	8	食事を伴う次のサービスを利用していない 訪問介護、介護予防訪問介護相当、小規模多機能、通所リハビリテーション 通所介護、介護予防通所介護相当、健康づくりデイサービス、健康づくりデイトレ 健康づくりヘルパー	1	
	9	市の「高齢者みまもりサービス」または民間の見守りサービスを利用していない	1	
そ の 他	10	緊急に治療が必要な疾患を有する	1	
	11	自分で買い物や食事の支度をするのが難しい	1	
	12	金銭管理が自分でできない	1	
	13	高血圧・糖尿病などで、治療食や配慮食が必要である	1	
合 計(設問1～13の総合計)			15 点	点

合計点数に応じた配食数を
○で囲んでください



点数	3~6点	7~9点	10~12点	13~15点
回数	2回	3回	4回	5回

【利用にあたっての注意事項】

※①1日あたりの配食は1食となります

②食事の提供を受けるサービス（設間8参照）利用日は配食はできません

③ケアプランの写しを添付してください。無い場合は下の選択肢から理由を選択してください。

- ☐ 要介護認定 1～5 で介護サービスの利用が無く、プランを作成していない
☐ 事業対象者・要支援認定者で、配食サービスのみの利用者の更新
☐ その他（理由：