

高齢者給食サービス利用兼変更申請書 (新規・回数変更・曜日変更・業者変更)

※新規・回数変更・曜日変更の場合は、アセスメント（裏面）が必要です。

※申請は、利用を開始し、又は内容の変更をする日の10日前までにしてください。

※業者変更の申請は、業者を変更する月の前月20日までにしてください。

※週6・7回利用（土日）の場合は理由書の添付が必要です。

安城市長

高齢者給食サービスにつき次のとおり申請します。また、申請する事項に係る事務のため、申請者及び同一世帯員の住民基本台帳の個人情報の閲覧について承諾し、要介護認定に係る情報及びこの申請により届け出た情報について、警察、消防その他の関係機関及び給食業者に対して提供することに同意します。

		申請日		年 月 日		
申請者 (利用者)	住 所	安城市 町 電話 () —				
	ふりがな 氏 名	(※) ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				
	生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男・女・回答しない		
対象要件	調理が困難な理由					
	利用区分 (該当欄に☑) ☐ 65歳以上のひとり暮らしの者 ☐ 70歳以上の者のみの世帯 ☐ 65歳以上のみの世帯で障害者又は要介護者のいる世帯 ☐ 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯 ☐ その他 ()					
緊急連絡先① (本人不在時連絡先)	氏名	続柄		電話 携帯		
	住所					
緊急連絡先②	氏名	続柄		電話 携帯		
	住所					
給食業者						
利用開始日	年 月 日 () から ※申請日から 10 日目以降の利用日					
希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金			土 ・ 日		
土・日利用の理由 ※詳細は別紙理由書	※土・日利用は週 6 ・ 7 回利用者のみ可					
回数・曜日の 変更内容	週 回から 回へ 現在利用日→ 月・火・水・木・金・土・日					

申請代行者	事業所名	担当者（緊急連絡先③）
		電話
特記事項	連絡すべき事項等	

高齢者給食サービス利用に関するアセスメント票（新規・回数・曜日変更）

調査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

聞き取り：□利用者本人 □家族（ ） □その他（ ）

①家族状況 (介護認定申請中は要介護認定者には該当しません。)	1 65歳以上のひとり暮らしの者																		
	2 70歳以上の者のみの世帯																		
	3 65歳以上のひとり暮らしで要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）の者																		
	4 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者のいずれかが要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）																		
	5 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者ともに要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）																		
	※3～5に該当する場合は下表にも記載してください。																		
	<table><tr><td>本人</td><td>介護認定</td><td>なし・事業対象者・要支援・要介護</td><td>障害者手帳</td><td>無・有</td></tr><tr><td>同居人（名： ）</td><td>介護認定</td><td>なし・事業対象者・要支援・要介護</td><td>障害者手帳</td><td>無・有</td></tr><tr><td>同居人（名： ）</td><td>介護認定</td><td>なし・事業対象者・要支援・要介護</td><td>障害者手帳</td><td>無・有</td></tr></table>					本人	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳
本人	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有															
同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有															
同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有															
6 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯																			
7 その他（ ）																			
②健康状況	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）																	
	視力・聴力	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）																	
	精神・知的	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）																	
	認知機能	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）																	
③食関連状況	買物・食材確保	1 できる 2 できない（理由 ）																	
	火の始末	1 できる 2 できない（理由 ）																	
	調理	1 できる 2 できない（理由 ）																	
安否確認を伴うサービスの利用	※利用があれば○で囲んでください。																		
	<table><tr><td>福祉電話（毎週 曜日）※</td><td>友愛訪問</td><td>緊急通報装置</td></tr></table>				福祉電話（毎週 曜日）※	友愛訪問	緊急通報装置												
福祉電話（毎週 曜日）※	友愛訪問	緊急通報装置																	
食事提供に関するサービスの利用	※利用日を○で囲んでください。（ここに○がある曜日は給食利用できません。）																		
	ヘルパー（昼の食事準備）	月・火・水・木・金・土・日・なし																	
	デイサービス（昼の食事提供あり）	月・火・水・木・金・土・日・なし																	
	昼食の家族支援あり	月・火・水・木・金・土・日・なし																	
特記事項																			

※福祉電話をご利用の方は、週3回以上給食サービスを利用することはできません。

《給食回数基準》

上限回数	3回まで	4回まで	5回まで
①家族状況	2又は6～7に○	1又は4に○	3又は5に○
②健康状況（「2問題あり」に○が付いた数）	○が1つ以上	○が1つ以上	○が1つ以上
③食関連状況（「2できない」に○が付いた数）	○が1つ以上	○が1つ以上	○が2つ以上

上限回数7回まで（土・日利用）※	以下全てに該当する者
①家族状況、②健康状況、③食関連状況	上限回数5回に同じ
親族による支援（調理やできあいの購入）	できない
ホームヘルパーやデイサービスによる食事支援	利用できない
実費による配食サービス	利用できない

※土・日利用について

給食サービスの目的は、調理が困難な在宅の高齢者等の食生活の改善及び安否の確認です。
緊急時、担当事業所へも安否確認の要請をいたします。了承の上申請して下さい。
申請時には「給食サービスの土曜・日曜利用を必要とする理由書」を併せてご提出ください。
年2回（6月・12月）二次アセスメントの提出が必要となります。

（市記入欄）	申請受付者	申請確認者	判定	適・否（週 回）
--------	-------	-------	----	----------