**倉敷市高齢者等給食サービス事業利用（開始・変更）申請書（１／２）**

様式１

 令和　　年　　月　　日

　倉　敷　市　長　宛

　　　　　　　　　　　　　　〔申請者〕　住　　所　倉敷市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－

（対象者との続柄　　　　　　　　　）

　　給食サービスの利用について、次のとおり申請します。

 なお、本人の生活状況及び家族状況など給食サービスの利用の決定に必要な調査（アセスメント）について同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | ふりがな 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　( 歳)氏　名　　　　　　　　　　　　　□明　□大　□昭　□平　　年　　月　　日生 |
| 住　所　倉敷市　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　― |
| 緊急連絡先　氏名　　　　　　　続柄　　　　　電話番号　　　　― |
| 介護認定　　□未申請　　□申請中　　□事業対象者　□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 |
| 障がい者手帳　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯状況　　□ひとり暮らし　 □高齢者のみの世帯　　□身体障がい者　□昼間ひとり暮らし　□昼間高齢者のみになる世帯 |
| サービス内容 | 希望回数希望曜日 | 平日　週　　　　回（ 変更前　週　　　回)□月　□火　□水　□木　□金 | 土日　週　　　　回( 変更前　週　　回)□土　□日 |
| 希望年月日　　令和　　年　　月　　日から　　　□開始してください。　　　【理由　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　】　□変更してください。　　 【理由　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　】**※　給食業者にも、開始・変更の旨を必ず連絡してください。** |

※　調査（アセスメント）によって得られた個人情報の保護については、倉敷市個人情報保護条例により取扱います。

※　「調理する習慣がない」「治療食の準備ができない」「介護負担の軽減」等は、給食サービスの申請理由に該当しません。

※　提出先：倉敷市健康長寿課（市役所１階１０番窓口）、各支所福祉課

**倉敷市高齢者等給食サービス事業利用（開始・変更）申請書（２／２）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アセスメント年　月　日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | 面接者名所　　属電話番号 |  |
| 現病歴 | なし　・あり（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人の状況 | 本人が食材・食事の調達または調理ができない理由や本人の状態を具体的に記入してください（「調理する習慣がない」「治療食の準備ができない」等は対象外） |
| 昼食の確保の状況についていずれかの該当するところに〇をしてください |
| 手段曜日 | 給食サービス（新規は予定） | 介護保険サービス（デイ・ヘルパーなど） | 家族等支援 | その他※その他（　　）は具体的に記入してください |
| 月 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 火 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 水 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 木 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 金 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 土 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日 |  |  |  | ・透析等治療（病院で確保）　・外出先で確保　・自費の宅配弁当・宅配で総菜、食材等購入　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族構成について　　※同居、支援している家族を記入すること　（１８歳未満は除く） |
| 氏名（続柄） | 居　　住※「同居」は2世帯住宅など同一敷地内の居住を含む。 | 調理・買い物支援が困難な理由※手帳や介護認定があれば併せて記入※介護負担の軽減目的は除く | 就業※同居家族は必須（就業日に〇） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |