

様式第 1 号(第 5 条関係)

柳川市長 様

年 月 日

食の自立支援事業利用申請書兼利用台帳

配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

なお、決定に際して必要な利用者（世帯）の状況等について、公簿や在宅介護支援センターによる調査によって確認すること、必要時には本申請書内容及び利用状況等を、民生委員、地域包括支援センター及び介護サービス事業所等に提供することに同意します。

また、利用者負担金は、遅滞なく直接利用事業所に納入することを誓約します。

申請者 住 所
氏 名
電 話 ー

利 用 者 の 状 況	住 所	柳川市	番地		
	氏 名		電 話	ー	
	生年月日	年 月 日(満 歳)		性 別	男・女
	申請理由	ひとり暮らし・高齢者のみの世帯・障がい者 その他の理由()			
	希望回数	週 回(月・火・水・木・金・土) 昼食・夕食 希望事業所名 ()			
	備 考	(糖尿病食など)			
民生委員の 意見欄	自宅付近 の略図				
民生委員氏名					
(印)					

食に関する状況調査表

審査欄		申請	※調査	※点数	備考
① 知食生活能力	ア 買い物	1.独力で買える 2.独力では極端に時間がかかる 3.独力ではできない			
	イ 調理	1.独力のできる 2.独力では極端に時間がかかる 3.独力ではできない			
	ウ 摂食	1.独力で食べられる 2.時間がかかるが食べられる 3.介助があれば食べられる			
	エ 火気管理	1.できる 2.時々忘れることがある 3.できない			
	オ 認知症	1.正常 2.境界 3.軽度 4.中等症 5.重度			
② 自立意欲					
③ 食事回数	1日()回 2回以下の場合(朝 昼 夕)				
④ 一緒に食べる人	1 なし 2 あり(朝 昼 夕)(続柄)				
⑤ 食事の支援	1 なし 2 親族 3 友人 4 その他() 2~4の場合(a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助)				
⑥ 調理・食事設備	1 十分 2 不十分()				
⑦ 食材・食品入手先	1 なし 2 あり(食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売)				
⑧ B M I	$(\text{体重 kg}) \div (\text{身長 m})^2 = ()$				
⑨ 最近6か月の体重増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた				
⑩ 健康状態	1 問題なし 2 問題あり(a 四肢機能 b 視力 c 聴力 d 排泄) ※ 2の場合その病名等 ()				
総合所見					