様式第1号(第3条、第4条、第8条関係)

年　　月　　日

配食サービス利用申請書兼届出書

(宛先)　輪島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請(届出)者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

　配食サービスを利用したいので、輪島市「食」の自立支援事業実施要綱の規定により、次のとおり申請・届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | □新規　　□変更(□住所・連絡先等　□サービス内容)　　□継続 |
| 利用希望者 | 氏 名 |  | 家族構成 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| □一人暮らし□高齢者世帯□その他〔　　　　〕 |
| 住 所 |  |
| 電話番号 |  |
| 現住所 | ＊配達先が住所と異なる場合のみ記入 |
| 介護認定状況 | 該当せず　　　要支援(　　　)　　要介護(　　　)　　　申請中　　　 |
| 障害の状況 | 無　　　有(障害等級、障害の程度等　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 希望理由(変更理由) |  |
| 利用希望曜日(○をつける) | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用希望開始年月日 | 年　　　月　　　日(　　　曜日)　　昼　 ・ 　夕　　から |
| 緊急連絡先 | 氏 名 |  | 続 柄 |  |
| 住 所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉課職員、地域包括支援センター職員又は介護支援専門員等確認欄　上記利用希望者は、下記のとおり輪島市「食」の自立支援事業実施要綱第2条第1号に掲げる者であることを確認いたしました。　□　他者による安否確認が必要である　　　　　　□　日中独居の要支援・要介護の世帯□　高齢者のみの世帯　　□障害者のみの世帯　　□　高齢者と障害者からなる世帯　□　食事の調理及び買物が困難　　　　　　　　　□　他からの食事の提供が望めない

|  |  |
| --- | --- |
| 所属事業所名 |  |
| 職　名 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |

 |
| 同意書　食のアセスメントの実施及び食のアセスメントの結果を関係機関に提示することに同意します。利用希望者　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**配食サービス　利用調整票**

調査年月日　　　　年　　月　　日　　調査担当者

**＊省略可：配食サービス利用申請書(様式1)裏面として利用する場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 輪島市　　　　　　町　　　　　　　　　　TEL 　　  |
| 聞き取りの相手氏名 | 　　　　　　　　□本人　　□家族（　　　）　□その他（　　　） |

**〇身体状況**　（□にチェックし、問題がある場合、備考等に記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 嚥下機能や消化器症状等 | * 問題なし　　□　問題あり
 |
| 備考 |
| 調理形態 | □普通食　□減塩食　□刻み食□おかゆ□その他（　　　　　　　　　） | 医師からの指示 | □無し□有り（　　　　　） |
| 栄養状態 | 体重減少　□　有　（　　　　　）キロ減　　　□　無 |

**○食事作りにおける作業の負担状況**　（問題ある場合に□にチェックし、備考に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □献立 | □買い物 | □金銭管理 | □調理済食品の利用　　　回/W（惣菜・冷凍食品・インスタント食品・レトルト食品） |
| □調理 | □後片付け | □ゴミ捨て分別 | □火元管理 | □その他（　　　　　　　　） |
| 備考 |

**○現在の食の状況**（食事内容や家族・親族の協力内容等詳しく記載する。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 朝食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |

**○介護者・近親者の支援について**

|  |
| --- |
| 主な協力者とその健康状態 |
| 介護負担・協力内容 |
| 本人と協力者の関係　□　良好　　□　不良　　　　　　　　（備考　　　　　　　　　　　　） |

**※以下の欄は記載しないでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| サービス調整会議　（　　　　年　　月　　日　場所：　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 参加者[職種]（　　　　[　　　]）（　　　　[　　　]）（　　　　[　　　]）（　　　　[　　　]） |

調整結果　□配食　　（　　　　）回/週、（　　　　）食/日　　　□栄養指導調整の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　開始　　　　　年　　月　　日（　　　曜日）　昼　夕　食より　　評価　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　配食事業者 |