

別記様式第1号（第5条関係）

配食サービス利用申請書

年 月 日

（あて先） 高山市長

申請者 住所
氏名
（電話 ー ）

次のとおり高齢者配食サービスを利用したいので申請します。
なお、利用料金については、請求のあった月の翌月の末日までに支払います。

利 用 者	住所				生年月日	年 月 日		
	氏名				電 話			
健 康 状 態	既 往 症							
	現在の状況							
	障がいの有無							
特別食を必要とする理由 (具体的に記入のこと。)								
連 絡 先	氏 名	続柄	生年月日	住 所		電 話		
配食希望曜日等	配食希望曜日等に○を 記入してください。 (1日1食、 週に5回まで)		月	火	水	木	金	計
		昼 食						週 回
		夕 食						
配食開始希望日		年 月 日 (曜日)						
食物アレルギー		無 ・ 有 ()						

別記様式第2号（第5条関係）

同意書

（あて先） 高山市長

高齢者配食サービス事業について、

- ・ 配送業者から食事を受け取る時は、必ず自分で受け取ります。
- ・ 配食された食事は、食中毒防止のため、配食後直ちに食します。
- ・ 住所等申請書への記載事項に変更が生じた場合又は入院、入所その他の理由により一時的に事業を利用しない場合は、速やかに市長又は事業者等に連絡します。

以上のことについて市から説明を受け、確認しましたので、これを守り、高齢者配食サービス事業を利用することに同意いたします。

年 月 日
住 所 高山市
氏 名

※ この事業の実施に際し、申請者の住所、氏名及び電話番号、利用者の住所、氏名、生年月日、電話番号、健康状態、特別食を必要とする理由及び介護者等連絡先を、事業を委託する業者へ提供します。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 その他 ()	初回 再来	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・ 女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所		Tel Fax	() ()	
日常生活 自立度	障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家	一戸建て・集合住宅	自室 無 ・ 有 ()階 住宅改修 有・無	
経済状況	国民年金・厚生年金・障がい年金・生活保護			
来所者 (相談者)			家 族 構 成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所連絡先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			〈家族関係等の状況〉	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
年 月 日				TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日				TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日				TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日				TEL	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス