

(「食」の自立支援事業)

## 福山市配食サービス 新規利用申請書

2024年(令和6年)4月1日以降はこちらの様式を利用してください

2024 年 4 月 1 日

福山市長様

申請者  本人申請  代行申請

住所 福山市〇〇町〇番〇号

名前 (事業所名) 福山田 ローラ

電話 (080) 000-0000

対象者との続柄 担当ケアマネ

次のとおり、「食」の自立支援事業に係る配食サービスの利用を申請します。

### 1. 対象者情報

申請区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援認定者 <input type="checkbox"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者			
対象者	フリガナ	フクヤマ タロウ		
	名前	福山 太郎		電話番号 ( 084 ) 000 - 0000
	生年月日	S10 年 2 月 3 日	年齢	87 歳
	住所	福山市 東桜 町 丁目 3 番 5 号 番地		
	同居の家族状況	名前	続柄	年齢
	福山 竜子	妻	88	
かかりつけの医療機関	福山医院			

地域包括支援センター名	地域包括支援センター〇〇	(居宅等が代行申請を行う場合も記入してください。)
-------------	--------------	---------------------------

### 2. 申請内容

希望する事業者名	福山宅食						
	【事業者へ事前確認】 配達的时间帯, 配達区域, 食事の内容, 利用者の状態など <input checked="" type="checkbox"/> 済 ※福山市で審査後, 配食サービスの利用の適否を決定します。						
サービス利用希望回数等	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
	昼 夕	昼・夕	昼・夕	昼・夕	昼・夕	昼・夕	昼 夕
※昼食・夕食のどちらかに、週 5 日まで利用可能。							

※緊急連絡先は、必ず2名を記載し、うち1名は緊急的に連絡をとることができる市内の連絡先としてください。  
(包括・居宅等の記載も可能。)

緊急連絡先 1	住所	福山市水呑町〇〇〇					
	フリガナ	ふくやま りょうま	電話番号	( 084 ) 000 - 0000			
	名前	福山 竜馬	続柄	子			
緊急連絡先 2	住所	東京都大田区〇番地〇〇〇 マンションA					
	フリガナ	ふくやま はなこ	電話番号	( 090 ) 0000 - 0000			
	名前	福山 花子	続柄	子			

(裏面へ)

高齢-2024.03.08

市からの通知の送付先	送付先に☑をしてください。 ※チェックが無い場合は、対象者本人へ送付します。 <input checked="" type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先1 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先2 <input type="checkbox"/> その他( )
配達先が住民票と異なる場合、配達先の住所を記入してください。(居住実態があることが必須。) 配達先:( )	

### 3. 申請理由

#### (1) 栄養改善

栄養改善等が必要な理由	(具体的に) <b>体力低下のため、食事の準備が困難となっており、毎日の食事がきちんと摂れていない。体重減少・低栄養状態となっているため。</b>
※現在の食事の状況で該当する☐に☑を、( )には理由を記入してください。	
食事の状況	食事回数 <input type="checkbox"/> 1日3食 <input type="checkbox"/> 1日2食 (朝・昼・夜) <input checked="" type="checkbox"/> 不規則
	買物 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない( <b>体力低下のため</b> )
	調理 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 少しならでき <input type="checkbox"/> できない( )
	弁当、総菜等 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日利用 <input checked="" type="checkbox"/> ときどき利用 <input type="checkbox"/> 利用なし
◎基本チェックリスト(チェック日: <b>2024</b> 年 <b>3</b> 月 <b>20</b> 日 )	
6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明(理由: )
身長 <b>147.9</b> cm	体重 <b>30.9</b> kg      BMI( <b>14.1</b> )      ※小数点第2位以下を切り捨て

#### (2) 安否確認

安否確認が必要な理由	(具体的に) <b>独居であり近隣住民ともあまり交流がない。親族も頻繁には訪問できない状況である。このため、介護サービスを利用しない月・水・金・日は体調に異変があっても、気づいてもらうことができず、安否確認が必要である。</b>
------------	---

同意事項	<b>次の全てのチェック欄にチェック☑をしてください。</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請手続きについて 地域包括支援センター等(居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護)は、福山市配食サービスの申請を代行します。(サービス開始後の状況調査、変更及び廃止の申請含む。) <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービスの実施に当たって 対象者の情報は、必要に応じて、関係者間で共有します。 関係者(福山市、地域包括支援センター、配食事業者、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、主治医ほか親族等) 以上のことについて、申請者が対象者に同意を得ています。

※おおむね3か月以上利用がない場合については、廃止となります。

※変更等あれば、早急に市に申請してください。