

第1号様式

船橋市高齢者等食の自立支援事業利用申請書

船橋市長 あて

令和 年 月 日

申請者 (窓口にお越しの方)
住所 〒
氏名
電話

船橋市高齢者等食の自立支援事業を利用したいので、申請します。

また、船橋市高齢者等食の自立支援事業利用申請にあたり、当申請に係る情報を委託事業者提供することについて、対象者より了承を得た上で同意します。

なお、当申請に係る諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

1. 利用者

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日
住所		電話	()
要介護度	無・有 要支援・要介護 () 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	身体 障害	身体障害者手帳 () 級

2. 配食サービスの利用希望 (希望する配食に○印)

回/週	月 (昼・夕)	火 (昼・夕)	水 (昼・夕)	木 (昼・夕)	金 (昼・夕)	希望しない
希望する食事の種類 ()	希望する配食業者名 ()					

3. 緊急連絡先 (親族や近所の方等確実に連絡がとれる方)

連絡先 1	氏名	利用者との関係
	住所	電話
連絡先 2	氏名	利用者との関係
	住所	電話

4. 食事の状況並びに家族の状況等

食事回数	回/日 (外食の頻度 回/日)	調理・食事設備	1. 十分 2. 不十分
家族構成	1. 単身 2. 高齢者夫婦世帯 3. 2 以外の高齢者世帯 () 4. 日中独居 (同居親族)		
申請理由	①心身の疾病のため (調理・買い物) ができない②.加齢に伴う身体機能の低下により (調理・買い物) ができない③. 身体機能に障害があり (調理・買い物) ができない ④.各種制限食・きざみ食・粥食等の調理が出来ない⑤. 調理経験のある家族がいない ⑥. その他 ()		

5. 栄養管理サービスについて

栄養管理サービスの利用を	① 希望する	②希望しない
--------------	--------	--------

船橋市長 あて

令和 年 月 日

申請者	(窓口にお越しの方)
住所	〒 274-0000 船橋市湊町1-10-25
氏名	船橋 一郎
電話	047-000-0000

船橋市高齢者等食の自立支援事業を利用したいので、申請します。

また、船橋市高齢者等食の自立支援事業利用申請にあたり、当申請に係る情報を委託事業者提供することについて、対象者より了承を得た上で同意します。

なお、当申請に係る諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

1. 利用者

フリガナ	フナシ ハナ	生年	
氏名	船橋 花子	月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
住所	船橋市△△1-2-3	電話	047 (△△△) △△△△
要介護度	無・有 要支援・要介護 認定有効期間 ~ 年	身体障害者手帳 () 級	

要介護認定を受けている方・
障害者手帳を所持している方
は記入してください。

2. 配食サービスの利用希望 (希望する配食に○印)

回/週	月 (昼・夕)	火 (昼・夕)	水 (昼・夕)	木 (昼・夕)	金 (昼・夕)	希望しない
希望する食事の種類 ()	普通食					
希望する配食業者名 ()	0000					

3. 緊急連絡先 (親族や近所の方等確実に連絡がとれる方)

連絡先 1	氏名 船橋 一郎 住所 船橋市湊町1-10-25 電話
連絡先 2	氏名 〇山 △子 住所 京都〇区〇町〇〇-〇 電話

カタログを参考に配食を希望する曜日、昼・夕に○をつけて、食事の種類を記入して下さい。
栄養管理サービスのみ場合は「希望しない」に○をして下さい。

安否確認の観点から、
配食時の不在が続いた場合等に
連絡することがあります。

(外食の頻度 回/日)	調理・食事設備	1. 十分	2. 不十分
家族構成	1. 単身 2. 高齢者夫婦世帯 3. 2以外の高齢者世帯 () 4. 日中独居 (同居親族)		
申請理由	①心身の疾病のため (調理・買い物) ができない ②加齢に伴う身体機能の低下により (調理・買い物) ができない ③身体機能に障害があり (調理・買い物) ができない ④各種制限食・きざみ食・粥食等の調理が出来ない ⑤調理経験のある家族がいない ⑥その他 ()		

5. 栄養管理サービスについて

栄養管理サービスの利用を	① 希望する	② 希望しない
--------------	--------	---------

「栄養管理サービス」とは…
毎月1週間程度の食事内容を提出していただき、
栄養分析・指導を行う無料のサービスです。(このサービスのみ利用可)