様式第１（第４条関係）

給食サービス利用申請書（新規・変更・更新）

豊橋市長 様

豊橋市高齢者給食サービス実施要綱第４条の規定により次のとおり申請します。なお、申請書に記載した内容について配食事業者へ提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 住 所 | 〒　　　－ 　　　電話（　　　　　　　　　 ）　 |
| 世帯区分 | 単身 ・ 高齢者世帯 ・日中（夜間）独居　・　その他（日中独居、その他の説明：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） |
| 利用希望者以外の世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
| 緊急連絡先 | 住所 | （電話　　　　　　　　　　　） |
| 氏名 | （続柄　　　　　　　） |
| 配食希望事業者（※） | （変更・追加） |
| （変更・追加） |
| ※利用を希望する登録事業者（２事業者まで）を記入してください。※変更または更新申請時に事業者に変更や追加がある場合は、その区分に○を付けてください。〈取扱居宅介護支援事業所・地域包括支援センター〉 |
| 事業所名 |  |
| 電話・ファックス番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

※変更時も届出をしてください。

様式第２（第４条関係）

給食サービスアセスメント表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本事項 | 相談年月日 | 　　　年　　　月　　　日　　 |
| 対象者 | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 |
| 聞き取り相手 | 本人 ・ 家族（　　　　　　　 　　　　） ・ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 申請内容・理由 |  |
| 要介護認定等 | □なし　□申請中　□あり（要介護（　　 ）・要支援（　　 ）・事業対象者） |
| 介護保険等のサービス利用 | □なし□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康状況 | 疾患等 | 主な疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□通院（　　回／週・月）　□往診（　　回／週・月）　□未受診服薬：□有　□無　　医師の指示（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２ |
| ＢＭＩ | 体重（　　　　kg）÷身長（　　　　ｍ）　＝（　　　　　）　□測定不能 |
| 栄養状態 | 血清アルブミン値（　　　g/dl）※要綱第３条の２第２項による申請時のみ記入 |
| 身体機能 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食に関する状況 | 摂食 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 買物 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 調理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 火気管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食費管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食欲 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 偏食 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事回数 | 回／日　　　欠食（　朝・昼・夕　）　 |
| 調理設備 | □十分　□不十分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食材入手先 | 食品店・コンビニ・スーパー・移動販売・宅配・その他（　　　　　　　　　） |
| 食事支援 | □ 同居家族 □ 親族（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）□ 親族以外（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）□ 支援なし |
| 特記事項 |  |
| 添付書類 | □血清アルブミン値の検査結果（写し）□医師の診断書等（写し） |