

## 生活支援型食事サービス事業利用申請書(新規・食数増変更・更新)

申請日 令和 3年 2月 3日

大阪市長 様

生活支援型食事サービスの利用を希望しますので申請します。

また、利用決定に係る審査にあたり、世帯状況及び同居人の心身の状況の確認並びに配食事業者ケアプラン等を提供する等、安否確認サービスの利用調整が行われることに同意します。

		介護保険被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
申請者 (利用者)	フリガナ	オオサカ タロウ		生年月日	昭和5 年 9月 10日 (90歳)								
	氏名	大阪 太郎											
	住所	北区中之島1-3-20		電話番号( 06 - 1234 - **** )									
要介護(要支援) 状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1 ・ 2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5												
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・電話番号										
	大阪 一郎	子	住之江区南港北2-1-10 (06 - 9876 - **** )										
	梅田 花子	子	阿倍野区阿倍野筋1-5-1 (06 - 8765 - **** )										

届出者	フリガナ	オオサカ イチロウ		申請者との関係
	氏名	大阪 一郎		子
	住所	住之江区南港北2-1-10		電話番号( 06 - 9876 - **** )

添付資料 (※下記のいずれか1点を必ず添付する)

- ケアプラン(居宅サービス計画書、週間サービス計画表)  
 介護予防プラン(介護予防サービス・支援計画表、介護予防週間サービス計画表)  
 介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)

## [介護支援専門員(地域包括支援センター) 記入欄]

世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 単身者 <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)者・重度障がい者のみ <input type="checkbox"/> その他( )												
配食の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 買い物や調理ができず食事の確保が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養改善が必要												
安否確認 の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒のリスクがある (要因: 加齢による下肢筋力の低下 頻度等: 月1回程度 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的状況: )												
必要食数	週 6 食												
		日	月	火	水	木	金	土	※ 生活支援型食事サービスが必要な、曜日、 昼食、夕食をチェック				
	昼	○						○	※ 要支援者1日1食、要介護者1日2食以内				
夕		○	○	○		○							
居宅介護支援事業者 または 地域包括支援センター 名称	社会福祉法人 大阪市福祉協会							計画作成者	梅田 太郎				

## [地域包括支援センター専用欄 : 要支援者へ1日2回配食する場合]

頻回な安否確認を要する 利用者の状況に関する意見	地域包括支援センター名称 : 地域包括支援センター (担当者: )												
-----------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--