様式第1－2号(障がい者)

利用者番号													

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　　年　　月　　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にサービス等利用計画等を提供するなど、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。

申請者(利用者)	フリガナ		生年月日	年　月　日 (　歳)
	氏 名			
	住 所	電話番号( )		
障がい者手帳の種類と等級	☐ 身体障がい者手帳 (1級・2級)　☐ 療育手帳 (A・B1) ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 (1級・2級)			

緊急連絡先	氏名	続柄	住所 ・ 電話番号
			( )
			( )

届出者			
	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	電話番号( )	

添付資料 (障がい福祉サービスの提供を受けている場合)

☐ サービス等利用計画
☐ セルフプラン
☐ 個別支援計画 (居宅介護計画 ・ 重度訪問介護計画 ・ その他【　　】)
☐ その他 (　　)

〔配食事業者記入欄〕

世帯区分	☐ 単身重度障がい者(昼間独居含む) ☐ 重度障がい者のみの世帯 ☐ 重度障がい者と要介護(要支援)者のみの世帯
配食の必要性	☐ 買い物や調理ができず食事の確保が困難 ☐ 栄養改善が必要
安否確認の必要性	☐ 転倒のリスクがある(要因:　　頻度等:　　) ☐ その他(具体的状況:　　)
必要食数	週　　食

	日	月	火	水	木	金	土
昼							
夕							

※ 配食実施の曜日、昼食・夕食にチェック