記入例

様式第1－2号(障がい者)

利用者番号	0	1	0	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

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　4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	オオサカ　ハナコ	生年月日	昭和５６年　１１月　10日（39歳）
	氏　名	大阪　花子		
	住　所	北区中之島1-3-20　電話番号(　06－1234－****　)		
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
	大阪　一郎	父	住之江区南港北2-1-10 (06－9876－****　)
	梅田　京子	姉	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	父
	住所	住之江区南港北2-1-10　電話番号(06－9876－5432)	

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:　家族等の支援が得られず、定期的な見守りが必要なため。　)
必要食数	週　9　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