様式第1－1号（高齢者）

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										

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（　）		
要介護（要支援）状態区分	□ 要支援　1 ・ 2　　□ 要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			

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　（※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	□ 単身者　□ 要介護（要支援）者・重度障がい者のみ　□ その他（　）
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							

※ 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

※ 要支援者1日1食、要介護者1日2食以内

居宅介護支援事業者または地域包括支援センター　名称		計画作成者	

〔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：　）