|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象 | | | | １　見守り対象 | | | | ２　高齢者食（ミキサー食）特別食（カロリー制限、減塩等）対象 | | | | | | |
| 年　　月　　日  給食サービス利用申込書  大東市長　様  （申込者）　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　　　 続柄　本人・その他（　　　　　　）  　　下記のとおり給食サービスの利用を申し込みます。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利　用　者 | | フリガナ | | |  | | | | 男・女 | 電　話 | | |  | | |
| 氏　　名 | | |  | | | |  | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 【主食】１　普通  　　　　２　軟食  　　　　３　粥  　　　　４　その他 | | |
| 要 介 護 認 定 | | | | | 無・有（　　） | | 身体障害者手帳 | | 無・有（　　） | | | 【副食】  １　普通  ２　高齢者食（　　　）  ３　特別食（　　　　）  ４　その他（　　　　） | | |
| 利 用 希 望 日 | | | | | （　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　） | | | | | | | | | |
| 配食が必要な  理　　　　由 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 同居者等の状況 | 氏名 | | | | | 生 年 月 日 | | | 続　柄 | | 職　　　 業 | | | 備　　　考 |
|  | | | | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | |  |
| 緊急時の  連絡先 | | | 氏　　　　名 | | | 生　年　月　日 | | | 続　柄 | | 住　　　　　　　　　所 | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | | |
| 本市における高齢者福祉サービスに係る調査情報を、必要があるときは関係機関（在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所等）へ提供することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本人氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |

様式第1号（第5条関係）

※添付書類

　◎　介護保険証の写し（ある場合）　　◎身体障害者手帳の写し（ある場合）

　◎　一次アセスメント

（居宅サービスを受けている場合）

　◎ケアマネジャーが作成した週間サービス計画表の写し、居宅サービス計画書（１）、（２）の写し

　◎　診療情報提供書（特別食を申し込む場合）