|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）