

第1号様式（第5条関係）

（表面）

一般高齢者配食サービス利用申請書

フリガナ								生年月日	年 月 日
氏名								年齢	歳
住所	〒 福岡県久留米市								
	電話番号 — —								
希望する利用開始日	年 月 日 ~								
希望する回数及び業者	曜日	月	火	水	木	金	土	業者名	
	昼食								
	夕食								
介護保険被保険者番号							要介護認定	1・2・3・4・5	
不在時（ご近所）・緊急時（親族）等の連絡先	氏名	続柄等		住所・連絡先					
久留米市長 宛て 上記のとおり高齢者配食サービスの利用を申請します。 年 月 日 住所 福岡県久留米市 申請者 氏名 電話番号 — —									
サービス利用決定に際し必要とされる申請者の世帯構成、生計維持関係、要介護認定状況、生活保護受給の有無及び所得の状況について、住民基本台帳、課税台帳、介護保険受給者台帳及び生活保護受給者名簿により確認されることを了承します。 本人氏名									

市記入欄

校区		
宛番号		
所得段階	課税	・ 非課税
	・ 生活保護	

(裏面)

● ケアマネジャー等の意見欄

本人	食材の調達ができない理由	調理ができない理由					
同居者名・続柄	買い物・食事の提供に協力できない理由						
()							
()							
()							
()							
「食の確保」上(生活能力・自立意欲の面から)の問題点							
他サービスとの調整検討(介護サービス(通所・訪問介護等)、民間宅配サービス等)							
検討後の週間プラン(本人・家族・親族・介護サービス・私費配食も記入する。)							
	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							
上記の状況により、本人の自立支援のために配食サービスの必要性を認めます。							
年 月 日							
事業所名等				資格			
氏名				電話番号			