

配食サービス事業利用申請書

那智勝浦町長 殿

配食サービス事業の利用について、次のとおり必要書類を添えて申請します。

①申請日、申請者欄に記入してください。

申請日	年 月 日	
申請者(対象者)	被保険者番号	生年月日
	氏名	年 月 日
	※本人以外が手書きする場合は、記名押印してください	
住所		

※申請者が本人以外の場合は、代理人の住所・氏名を記入し、委任状を添付してください。

代理人	住所	
	氏名	

②配食を希望する事業者名及び内容を記入してください。

希望事業者名								
配食の内容 ※希望する曜日等に○をしてください。(週5日、1日2食まで)		日	月	火	水	木	金	土
	昼食							
	夕食							

③対象者の状況について記入してください。

介護保険の認定状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →(該当に○) 支1・支2・事業対象者 介1・介2・介3・介4・介5	障害者手帳の交付状況	身体・療育・精神 () 級
ケアプランを担当する事業者	<input type="checkbox"/> ケアプランなし(別途アセスメント表の提出が必要です。) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ()		
申請条件確認	<input type="checkbox"/> 私は、次の①及び②(特別な理由があるときは③)の条件を満たしています。 ① 低栄養状態であるため、栄養改善が必要 ② ひとり暮らし又は高齢者のみの世帯であるため、定期的な見守りが必要 ③ その他()		

④同意欄に記入してください。

私は、配食サービス事業の利用決定のため、私の住民基本台帳及び介護保険被保険者台帳について、担当職員が閲覧又は照会することに同意します。

同意欄	氏名	
※本人以外が手書きする場合は、記名押印してください		

※町使用欄(記入しないでください。)

被保険者番号	認定有無	利用回数	添付書類
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 1日2食、週10食以内	様式第2号・ケアプラン写し(ある場合)・アセスメント票