

様式第 1

「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

東郷町長 殿

次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日( 歳)		
	住所 東郷町		電話 ー		
	利用日	希望しない日に○をつけてください。月・火・水・木・金・土・日			
	要介護 認定 調査	1 介護度 要介護 ( ) 要支援 ( ) 居宅介護支援事業所名 ( ) 2 認定を受けていない ※基本チェックリストを 添付	健康、身体状態・支援状況・日頃の食事等 ※出来るだけ詳しく記入		
	BMI	(体重 kg) ÷ (身長 m) <sup>2</sup> = ( ) BMI : 20.0 未満 ・ 20.1 以上 25.0 未満 ・ 25.1 以上			
	直近6か月の体重	1 変化なし 2 減った ( kg) 3 増えた ( kg) 4 不明			
世帯状況 (同居者を記入)	ふりがな 氏名	性別 男・女	続柄	生年月日 年 月 日	
	ふりがな 氏名	性別 男・女	続柄	生年月日 年 月 日	
緊急連絡先 (できる限り多く記入)	ふりがな 氏名	続柄	交流の頻度		
	住所				
	電話 [自 宅]		[携帯電話]		
	[職場名称]		[職場電話]		
	ふりがな 氏名	続柄	交流の頻度		
	住所				
電話 [自 宅]		[携帯電話]			
[職場名称]		[職場電話]			
その他	関係機関記入欄 (民生委員・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等) ※意見等				

## 同 意 書

私は東郷町の食の自立支援事業における配食を受けるに当たり、下記の事項に同意します。

### 記

- 1 生活状態等把握のための訪問又は聞き取り調査を受けること。
- 2 訪問・調査の為に町の委託するものに申請書記載の情報を提供し、かつ、配食を実施する事業所に緊急連絡先等の情報を提供すること。
- 3 配食は、事業所が直接手渡しで行うことを理解し、受け取りができない場合は必ず事業所又は町へ連絡すること。
- 4 安否確認は事業所が緊急連絡先へ電話連絡をすることをもって実施したこととし、繋がらなかった場合でも安否確認を行ったものとする。
- 5 町が行う一般介護予防事業への参加に努めること。

年 月 日

氏名