[様式第１号](#第４条（様式第１号）)（第６条関係）

年　　月　　日

食の自立支援事業利用（新規・更新・追加）申請書

雲仙市長　金澤　秀三郎　様

申請者　住所　雲仙市

（自署の場合は押印省略可）

食の自立支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名・住所 | | | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | | 電話番号 | |  | |
| 申請者に同じ | | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | 携帯番号 | |  | |
| 介護保険 | | 被保険者番号 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 要介護（支援）状態区分等 | | | | | | | 自立　・ 申請中 ・ 要支援（　） ・ 要介護（　） | | | | | | | |
| 要介護（支援）認定期間 | | | | | | | 無し　・　　　年　 月　 日　～　　年 　月 　日 | | | | | | | |
| 緊急時  連絡先 | | 氏名 | |  | | | | | | | 続柄 | |  | | 自宅 |  | | |
| 携帯番号 |  | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | 勤務先名 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 居宅介護支援事業所名（＊１） | | | | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | |  |
| 担当介護支援専門員氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 現在の配食サービス決定期間 | | | | | | | | | 無し　　・　　　年　 月　 日　～　　年 　月 　日 | | | | | | | | |
| 申請する配食の回数及び曜日 | | | | | | | | 週　　　回 | | | | 日・月・火・水・木・金・土 | | | | | |
| 配食サービスを  必要とする理由  （＊２） | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 血清アルブミン値 | | | | | ｇ/㎗ | | | | | | | | | | | | |
| この申請に伴い、雲仙市が必要に応じ、利用者に係る介護保険情報・医療情報を入手確認し、判定会議やサービス担当者会議及び関係機関との情報共有を行うことに同意します。  利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＊１　地域包括支援センターが居宅介護支援事業所にケアマネジメントを委託している場合は、その居宅介護支援事業所を記入してください。

＊２　理由欄は申請者の配食を利用したい理由を記入してください。担当介護支援専門員等の作成する専門的観点による理由書は、別様式にて提出ください。