



令和●●年●●月●●日

北上市長 様

申請者 住 所 北上市芳町1-1

氏 名 北上 太郎

対象者との続柄(本人)

在宅高齢者等配食サービス

申請者と対象者は同じ人になるように、直筆で記入願います。

次のとおり配食サービスを利用したいので申請します。

対象者	住 所	北上市芳町1-1		電話番号	64-2111	
	氏 名	北 上 太 郎		生年月日	昭和10年10月10日	
家族の状況	氏 名	続 柄	年 齢	摘 要		
	北上 花子	妻	75			
連絡先	1	住所	北上市芳町2-1		電話番号	64-2222
		氏名	北上 次郎		続 柄	長男
	2	住所				
		氏名				
対象者の身体状況	既往症●●●		身体障害者手帳の有無		有・無	
	現在の病気●●●●		療育手帳の有無		有・無	
	利用医療機関名●●●●		障害名 種 級			
	その他●●●●					
利用希望	昼食	月・水・金 週 3 回希望				
	夕食					

緊急時に対応してくれる、近所でお世話をしてくれる人（親族または近隣者）が望ましい。市内に1か所あれば、2か所記入しなくても可能です。

希望の曜日を記入する。地区（委託事業者）により、配達の曜日は異なります。

全て記入が必要です。配食サービスが必要な理由
(状況)を、各項目具体的に記入してください。

様式第2号(第5関係)

日常生活状況書

対象者氏名 北上 太郎

(●●年●●月●●日記載)

食に関する状況	買い物	支障なし ・ ☒ 支障あり (歩行が困難なため・など)							
	調理	支障なし ・ ☒ 支障あり (歩行が困難なため・など)							
	配下膳	☒ 支障なし ・ 支障あり ()							
	ゴミ出し	支障なし ・ ☒ 支障あり (歩行が困難なため・など)							
	火気管理	支障なし ・ ☒ 支障あり (アルツハイマー病のため・など)							
	金銭管理	☒ 支障なし ・ 支障あり ()							
	自立意欲	☒ あり ・ なし ()							
	食事回数	3 / 日 (外食の頻度 / 日)							
	調理器具及び食器類	☒ 十分 ・ 不十分							
	食材及び食品購入先	あり(食品店・コンビニ・ ☒ スーパー・移動販売・その他)・なし							
	食事支援	あり(通い支援・ ☒ 食事差し入れ・買い物支援)・なし							
健康状況	介護認定	未・ ☒ 済(非該当・要支援1・2・ ☒ 要介護 1・2・3・4・5)							
	最近6ヶ月の体重の増減	☒ 減った ・ 増えた ・ 変化なし							
	歯の状況	自分の歯・ ☒ 入れ歯を使用・なし							
食に関する他のサービスの利用状況			月	火	水	木	金	土	日
	朝食								
	午前								
	昼食								
	午後								
	夕食								

備考として空いているスペースに

- ・緊急性の有無
- ・生活の状況など
- ・担当のケアマネなど、食以外の情報があれば記入のこと