

年 月 日

綾川町長 様

申請者 住所
氏名

在宅老人配食サービス事業利用申込書

私は、対象要件に該当し、綾川町在宅老人配食サービス事業を利用(変更)したいので次のとおり申請します。

利用者	住所	綾川町	生年月日	年 月 日 (歳)
	ふりがな氏名		電話番号	
緊急連絡先	住所		電話番号	
	ふりがな氏名		関係	
☑ を 記 入	希望内容	☐ ごはんとおかず (350円) ☐ おかずのみ (300円) ☐ 特別食 (追加50円)		
	配達希望	() 曜日の (午前・午後) ・ () 曜日の (午前・午後)		
	中止連絡	☐ 配食を中止する場合は、前日の午後3時までに事業者へ連絡します。		
	集金方法	☐ 前月の利用料金の合計分を、翌月に原則口座振替でお支払いします。		

要件	1～3のそれぞれに該当項目が必要です ※3の () 内の該当項目を○で囲んでください。	
1	☐	①ひとり暮らしで定期的な見守りが必要
	☐	②同一敷地内に居住する全ての者が75歳以上又は障害者のみで構成され、定期的な見守りが必要
2	☐	①75歳以上
	☐	②65歳以上の障害者 (身体1・2級、療育A・A、精神1級)
3 ※	☐	①障害者手帳 (身体1・2級、療育A・A、精神1級)
	☐	②要介護 (1・2・3・4・5)
	☐	③要支援 (1・2)
	☐	④基本チェックリスト該当 (運動・栄養・口腔・閉じこもり・認知症・うつ・その他)
配達時の留意点等		

アセスメントの結果、サービスの利用が必要であり、上記対象要件全てに該当することを確認しました。

事業所名	電話番号
☐ 介護支援専門員 ☐ 相談支援専門員 ☐ 地域包括支援センター職員	
証明者氏名	

基本チェックリスト

記載日

質問項目		いずれかに☑でチェック	
1	バスや電車、自動車です1人で外出していますか	☐ はい	☐ いいえ
2	外出して日用品の買い物をしていますか	☐ はい	☐ いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	☐ はい	☐ いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	☐ はい	☐ いいえ
5	家族や友人の相談に乗っていますか	☐ はい	☐ いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	☐ はい	☐ いいえ
7	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	☐ はい	☐ いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	☐ はい	☐ いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	☐ はい	☐ いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	☐ はい	☐ いいえ
12	身長（ ）cm 体重（ ）kg ←必ず記入してください BMI＝（ ）		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	☐ はい	☐ いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	☐ はい	☐ いいえ
15	口の渇きが気になりますか	☐ はい	☐ いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	☐ はい	☐ いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	☐ はい	☐ いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」等物忘れがあるとされますか	☐ はい	☐ いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	☐ はい	☐ いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☐ はい	☐ いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	☐ はい	☐ いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	☐ はい	☐ いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	☐ はい	☐ いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	☐ はい	☐ いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	☐ はい	☐ いいえ

判定	運動器	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症予防	うつ予防	その他
	3／6～10	2／11・12	2／13～15	1/16	2／18～20	2／21～25	10／1～20

※色の濃い方に☑該当する項目の数が上記以上の場合、基本チェックリストに該当します。