

(様式1)

# ふれあい配食サービス利用申込書

令和 年 月 日

石垣市社会福祉協議会

会長 石垣 安志 殿

(申請者)

住所

氏名

続柄

電話

携帯

利用者	住所				電話	
	ふりがな					
	氏名				性別	
	生年月日				年齢	
身体状況	疾病	有 ( 疾病名 ) 無				
	食事制限	有 ( ) 無				
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	備考		
利用日 <small>希望日に○を付けてください。</small>	(昼食) 月 火 水 木 金 (夕食) 土				利用開始日	
					月 日 ( ) ~	
利用食 <small>希望するものに○を付けてください。</small>	※ご飯 (普通 アチビ おかゆ) ※おかず (粗きざみ きざみ)					
利用料	1食 500円 (税込)					
利用希望の理由 <small>※詳細に記入して下さい</small>						
備考	緊急連絡先 利用事業所 (担当者名)					

※ 地図を付けてください。

## ふれあい配食サービス台帳

### (1) 基本事項

申請日： 令和 年 月 日 ( )				申請受付：		
申請者： 本人 ・ 家族 ( 息子 ・ 娘 ・ 嫁 ・ 婿 ) ・ その他 ( )						
ふりがな		性別	生年月日	( 歳 )		
利用者氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日	緊急連絡先	氏名 ( 歳 )
住所				電話: 携帯:	続柄:	電話: 住所:
住宅	持家	借家	団地	賃貸アパート		
家族構成	単身	高齢者夫婦	その他 ( 同居家族 人 )			
日中独居	( 時間帯: )					

### (2) 認定情報/居宅契約

介護認定	なし ・ あり 要支援 ( ) ・ 要介護 ( )					
障がい手帳	身障 ( 級 ) 精神 ( 級 ) 療育 ( 級 )					

### (3) 現在受けているサービス

介護保険	有 無	訪問介護 通所介護 通所リハ 訪問看護 その他 ( ) ( 回/月 ) ( 回/月 ) ( 回/月 ) ( 回/月 ) ( 回/月 )				
介護保険外						

### (4) 身体状況/日常生活動作

視力・眼鏡等	普通 やや悪い 人の動きが分かる 盲 ※眼鏡 ( あり ・ なし )				
聴力・補聴器	普通 大きな声で聞こえる 聾 ※補聴器 ( あり ・ なし )				
言語	普通 聞き取りにくい 聞き取れない 啞				
意思疎通	特に問題なし 問題あり ( )				
麻痺	無 ・ 有 ※部位 ( 顔面 ・ 右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 )				
食事	自立 一部介助 全介助				
アレルギー	無 ・ 有 ( )				
歩行	自立 何かにつかまれば可 できない				
歩行状態	支障なし 困難さを感じる 支障あり				

### (5) 疾病/健康状況

認知	無 ・ 有 ( )				
疾病状況	脳卒中 ・ 心疾患 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 骨粗鬆症 ・ 脳梗塞 その他 ( )				
通院	していない ・ している ( 特記: ) 病院名 ( )				

### (6) その他特記

※配達員に気をつけてもらいたい事、留守時の置き場所など。					
配達時の対応等：					
お支払い方法	：	家族 ( 来所 )	口座振替	振込み	権利擁護