

様式第1号(第5条関係)

(表)

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 氏 名

高齢者配食サービス事業利用申請書

高齢者配食サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)				
住 所			電話 番号				
緊急連絡先							
家族等の状況	氏 名	続柄等	年齢	性 別	電 話 番 号		
				男・女			
				男・女			
				男・女			
申 請 の 理 由	※ できるだけ具体的に記入してください。						
利用希望回数・曜日	週()回	月	火	水	木	金	土
希望の順に数字を入れてください。							

(裏)

日常生活の状況	食事	<input type="checkbox"/> 常時他の介護がなければできない。 <input type="checkbox"/> なんとか自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分でできる。				
	買物	<input type="checkbox"/> 自分ではできない。 <input type="checkbox"/> なんとか自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分でできる。				
	調理	<input type="checkbox"/> 自分ではできない。 <input type="checkbox"/> なんとか自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分でできる。				
既往症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 認知症(軽度 中度 重度) その他()					
介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 非該当					
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	程 度	種 級	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無	障害名			<input type="checkbox"/> 無	
自宅付近の略図						