

塩 尻 市 配 食 見 守 り サ ー ビ ス 事 業 申 請 書

令和 年 月 日

(あて先)塩尻市長
〒
申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、配食見守りサービス事業の利用を申請します。

対 象 者	氏 名		生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (歳)				
	住 所							
申 請 理 由								
希 望 事 業 者				利用開始日	年 月 日から			
被保険者番号								
希 望 配 食 見 守 り 日	週 回(希望配食見守り日に○をつけてください。)							
		月	火	水	木	金	土	日
	昼							
夜								
配食内容：		_____ ⇒ ごはん付き・おかずのみ (どちらかに○)						
世 帯 状 況 及 び 課 税 状 況 調 査	世帯に市民税が課税されている人がいますか。(どちらかに○をつけてください。)							
	課税されている人がいる			全員課税されていない				
	私及び世帯員の前年度市民税課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意します。(世帯員全員記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)							
	対象者氏名	印						
	世帯員氏名	印	生 年 月 日	年	月	日 (歳)		
世帯員氏名	印	生 年 月 日	年	月	日 (歳)			
世帯員氏名	印	生 年 月 日	年	月	日 (歳)			

※ 裏面の配食見守りサービス申請時確認表を必ずご記入ください。

配食見守りサービス申請時確認表

対象者氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 栄養改善に係るチェック表

1	この3か月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか。	はい ・ いいえ
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はあるか。	はい ・ いいえ
3	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重の増減があるか。	はい ・ いいえ
4	定期的に身長及び体重を測定しているか。(BMI) ※ BMI = 体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) 直近の時期に測定した身長 _____ cm、体重 _____ Kg	はい ・ いいえ
5	6ヵ月前に比べて固いものが食べにくくなったか。	はい ・ いいえ
6	お茶や汁物等でむせることがあるか。	はい ・ いいえ
7	口の渇きが気になるか。	はい ・ いいえ
8	週に1回以上は外出しているか。	はい ・ いいえ
9	昨年と比べて外出の回数が減っているか。	はい ・ いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれるか。	はい ・ いいえ
11	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしているか。	はい ・ いいえ
12	今日が何月何日かわからない時があるか。	はい ・ いいえ
13	自分の健康状態をどう思うか。 (良い) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (良くない)	
14	自分の健康状態をよくするために、食事の調整(食事や食材の制限等)をできると思うか。 (できる) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (できない)	

2 緊急時連絡先(配食事業者にも情報提供します)

氏 名	続柄	住 所	電 話

3 担当ケアマネージャー(配食事業者にも情報提供します)

氏 名	事業者名	電 話