

社会福祉法人金ケ崎町社会福祉協議会長 殿

## ふれあい食事サービス 利用者登録申請書

ふれあい食事サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏名	印 (男・女) M・T・S 年 月 日	
住所	金ケ崎町	自宅電話 ( - - )
担当者 (居宅介護支援 事業所等)	氏名 連絡先住所 ( - - ) 連絡先電話 ( - - )	
利用日	毎週 火・金 曜日 週 回利用	
料金	ふれあい食事サービスは 1 食 500 円の個人負担になります。	
注意事項	病気による通院その他の理由により、ふれあい食事サービスを利用しない場合、 提供時間(11:00~12:00 頃)に不在の場合は、事前に電話等での連絡を行うこと。	
区分	1. 高齢者 (介護度 1・2・3・4・5・申請中: ) 2. 身体障害者 (障害名: 等級: 種 級) 3. その他 ( )	
現病歴 (通院等)	疾患名: ( 頃から) 通院: 未受診・通院 ( 回/月・週)・往診 ( 回/月・週) 服薬: 無・有 (効能: ) かかりつけ医 (病院名):	
家族状況	家族構成 1. 単身 2. 高齢者世帯 3. その他 ( ) 家族状況 1. 日中不在 2. 別居 (訪問有り: 回/週・月) 3. 別居 (町外在住: 回/週・月)	
緊急時 連絡先	ふりがな 利用者との関係 ( ) 氏名 男・女 ( 歳) 自宅電話番号 ( - - ) 携帯電話 ( - - ) 勤務先 ( ) 勤務先電話 ( - - )	
生活状況	摂食 可・介助・不可 ( ) 買物 可・介助・不可 ( ) 献立 可・介助・不可 ( ) 調理 可・介助・不可 ( ) 配膳 可・介助・不可 ( )	食費管理 可・介助・不可 ( ) 火気管理 可・介助・不可 ( ) ゴミ出し 可・介助・不可 ( ) 電話応対 可・介助・不可 ( )
アレルギー	無・有 種類:	
総合判断	承認: 可・不可 備考:	