

※市記入欄

前橋市高齢者支援見守り配食事業利用申請書

- 新規(認定申請中でないこと)
- ケアプラン再作成

(あて先) 前橋市長

申請日 令和 6 年 4 月 1 日

前橋市高齢者支援配食サービスの利用について、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱【第4条】の規定により申請します。

配食サービスを新たに開始する場合は「新規」へ、配食の更新やケアプラン再作成は「ケアプラン再作成」へ、配食業者の変更は「配食事業者変更」へ○をつけてください。

市役所2階35番窓口または各支所(大胡・粕川・宮城・富士見)に提出する日を記入してください。
※郵送の場合は市役所到着日を申請日とさせていただきます。

元号は適宜直してください。

現住所が住民票の住所が異なる場合は、住民票住所も記載してください。

決定通知送付先
本人宅以外の決定通知送付先がある場合は「希望有」に○を入れ、あて先を記入してください。
本人の受け取りが難しい場合は、親族の方へ決定通知を送付することが可能です。また、ケアプラン担当者経由で本人に渡していただくことも可能です。

要介護・支援の方は()に介護度を入れてください。

(1)の理由で申請する場合
体重は体重計で測定して数値を記入してください。身長は仰臥位や5点法によるメジャー計測でも可能です。

買物、調理が困難な理由で該当するものにチェックをしてください。

①の理由につながる疾患名を記入してください。裏面の「買物・調理が困難となる疾病等の例」を参照してください。

該当する世帯にチェックをしてください。

高齢者以外の同居家族の状況を記載して下さい。裏面の「高齢者世帯に準ずる理由の例」を参照してください。

サービスの開始日は業者によります。「前橋市高齢者支援配食サービス配食事業者一覧」の利用開始の欄を参考にしてください。
また、開始日や受け渡し方法等について、配食事業者と事前に調整をしてください。

「確認事項」に書かれている事項を確認し、チェックを入れて下さい。チェックが入らない場合は配食サービスの該当になりません。

署名について
利用者本人の署名が難しい場合は本人承諾の上、代理人により代筆をし、代理人の署名と利用者との関係を記入してください。

利用者	被保険者番号	0 0 0 0 0 x x x x x	生年月日	** 年 4 月 1 日
	フリガナ	マエハシ タロウ	昭和	年 月 日
	氏名	前橋 太郎	電話番号	027 - *** - ****
	住所	〒 3 7 0 - * * * * 前橋市〇〇町x丁目x-x-x		
決定通知送付先 ※本人以外を希望の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外を希望 本人との関係: 親族・ <u>ケアプラン</u> ・() 〒 3 7 1 - * * * * 前橋市△△町x-x-x ○〇支援センター 氏名: 長寿はな子			
状態区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 (1) <input type="checkbox"/> 要介護 () ※市記入欄			
認定期間	令和 6 年 4 月 1 日から 令和 7 年 3 月 31 日まで ケアプラン期間 年 月 日			

2 申請理由

(1) (2) どちらかに☑を入れて詳細を記載

(1) 低栄養状態である【下記①及び②に該当すること】

①BMIが18.5未満 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) ②6か月間で2kg以上の体重減少がある※新規のみ

身長 cm 体重 kg BMI 0.0 減少前 測定日 令和 年 月 体重 kg

(2) 買物、調理困難で、見守りが必要である。【下記①及び②に該当すること】

① 買物・調理困難につながる症状や疾病等をそれぞれ該当するものに☑(複数ある場合は主な理由3つまで)

① 買物・調理困難につながる症状等

身体の痛み 麻痺・痺れ 息切れ・呼吸苦 立位・歩行が不安定 めまい・立ち眩み

食品の管理ができない 火の取り扱いが危険 調理の段取りができない

その他 (詳細:)

② ①について医師から診断がある場合は疾患名を記入してください。(裏面参照)

脊椎管狭窄症

② 世帯状況 単身世帯 高齢者のみの世帯 高齢者世帯に準ずる世帯※

※裏面を参照の上、単身世帯・高齢者のみ世帯に準ずる世帯となる理由を記入してください。

同居の息子は精神障害者保健福祉手帳1級

3 滞納状況 ※滞納がある場合、受給要件に当てはまりません

確認事項 介護保険料の滞納がない

※市記入欄 段階 滞納有・無 確認者

4 申込者

(地域包括支援センター、プランチ又は居宅介護支援事業者)

名称 ○〇支援センター 電話番号 027 - *** - ****

所在地 前橋市△△町x-x-x ケアプラン担当者 長寿 はな子

5 希望内容

配食事業者名 宅配クック 配食サービス開始希望日 令和 6 年 4 月 1 日

配食希望曜日 利用する食事に○	月	火	水	木	金	土	日	合計	週総合計
昼食	○		○		○			3	食
夕食		○		○				2	食

確認事項 確認をして☑を記入

次の内容について同意します。

- 利用者の介護保険料納付状況及び賦課状況を確認すること。
- 配食サービスの適切な運営のために必要があると市長が認める場合は、介護保険料納付状況及び賦課状況を担当の地域包括支援センター、プランチ、居宅介護支援事業者へ情報提供すること。
- この申請書、緊急連絡先、ケアプラン及び賦課状況について配食事業者へ提供すること。
- 安否確認のために配食事業者等が緊急連絡先へ連絡したり家に上がることがあること。

利用者氏名(必須) 前橋 太郎 代筆者氏名 _____ 利用者との関係 ()

※利用者本人が自署できない場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。 その場合には、代筆者の署名をお願いします。