

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 年 月 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。

1 利用者	被保険者番号											生年月日	昭和	年	月	日	
	フリガナ																
	氏名											電話番号	- -				
	住所	〒 - - - - - 前橋市															
	決定通知送付先 ※本人以外を希望の場合	<input type="checkbox"/> 本人以外を希望 本人との関係：親族・ケアマネ・() 〒 - - - - - 氏名： _____															
状態区分 認定期間	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()										※市記入欄 ケアプラン期間 年 月 日						
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																	

2 申請理由	(1) (2) どちらかに☑を入れて詳細を記載 ※(1)は①②該当する方に☑														
	<input type="checkbox"/> (1) 低栄養状態である【BMIが18.5未満、またはBMIが18.5以上20.0未満かつ半年間で2kg以上の体重減少があること】														
	現在の状況	身長	体重	BMI	※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMIが18.5以上20.0未満の場合 減少前の体重 _____ kg 年 月										
<input type="checkbox"/> (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 買い物・調理困難につながる症状等															
<input type="checkbox"/> 身体の痛み <input type="checkbox"/> 麻痺・痺れ <input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 立位・歩行が不安定 <input type="checkbox"/> めまい・立ち眩み															
<input type="checkbox"/> 食品の管理ができない <input type="checkbox"/> 火の取り扱いが危険 <input type="checkbox"/> 調理の段取りができない															
<input type="checkbox"/> 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)															
② 世帯状況 <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 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。															

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										※市記入欄		段階	滞納 有・無	確認者
確認事項	<input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納がない														

4 申込者	(地域包括支援センター、ランチ又は居宅介護支援事業者)																
	名称											電話番号	- -				
	所在地											ケアプラン担当者					

5 希望内容	配食事業者名											配食サービス開始希望日		令和	年	月	日
	配食希望曜日 利用する食事に○	昼食	月	火	水	木	金	土	日	合計	週総合計	食	食	食			
	夕食																

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、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) _____ 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。

2. 申請理由

① ②買い物・調理が困難となる疾病等の例

骨折や捻挫などの身体の怪我	肺・呼吸器疾患（COPD・結核・喘息等）	高齢（90歳以上）
筋・骨疾患（関節症・脊椎管狭窄症・円背等）	脳神経疾患（脳卒中・パーキンソン等）	精神疾患
糖尿病・合併症	腎疾患・透析	視力障がい
循環器疾患（高血圧・動脈硬化・心疾患等）	認知機能低下・認知症	
消化器系疾患	癌	

② 高齢者世帯に準ずる理由

- ア 介護保険の事業対象者又は要支援・要介護認定を受けている方
- イ 身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が1級で肢体不自由又は視覚障害の方
- ウ 療育手帳の交付を受け、その障害の程度がAの方
- エ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、その障害の程度が1級の方
- オ その他特段の理由がある（詳細を記載する）

配食サービス利用申請チェック表

以下の項目について、申請前に確認をお願いします。

- 前橋市に住民登録がある
- 65歳以上である
- ケアマネジメントの結果、配食の必要性が認められる
- 介護認定申請中でない(配食期間終了による更新を除く)
- 低栄養**か**買い物・調理困難**いずれかに該当する
- 1人で外出ができない、外出の手段がない(日常的に車を運転して外出していない)
- 家族やサービス等から日常の買い物の支援を受けられない
- 二世帯住宅、同一敷地内等、日々の見守りができる距離に親族がいない
- 配食サービスの利用日に他のサービスを利用していない
- サービス付き高齢者向け住宅等等、サービス付きの施設ではない**
- お弁当の受け渡しで安否確認が可能である

※審査の結果、申請内容どおりの決定とならない場合があります。別紙の留意事項も必ずご確認ください。

令和8年4月改訂