様式第1号(第6条関係)

**宇美町栄養改善配食サービス利用申請書**

　　　年　　　月　　　日

宇美町長　殿

（届　出　者）

住　所

氏　名　　　　　　 　　　 　 　（続柄　　　 　）

電話番号

次のとおり、宇美町栄養改善配食サービス事業の利用を申請します。

また、この事業を利用するために、下記のことに同意します。

・町が対象者の介護保険情報を取得すること

・この申請書の記載内容等を、対象者の担当ケアマネジャーや地域包括支援センターに提供すること

・この申請書の記載内容等を、事業者に提供すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | 性別 | |  | |
| 申請者氏名 |  | | | | | |
| 申請者住所 |  | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | | | | | |
| 世帯構成 | □ 単身　□ 高齢者のみの世帯　□ 左記に準ずる世帯（　　　　　　　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | □ 医師から治療食が必要と認められた者  □ 医師から介護食が必要と認められた者  □ 医師から現在の栄養状態が「不良」又は「低栄養」と判断された者  □ 6か月間で2kg以上の体重減少があり、かつ、ＢＭＩ値が18.5未満の者  □ 要介護状態になるおそれの高い者であって、低栄養又はそのおそれがある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の内容 | □ 治療食　（　糖尿病食 ・ 腎臓病食 ・ 減塩食 　　　　　　　　　　　　　）  □ 介護食　（　きざみ食 ・ ミキサー食 　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 低栄養対応食　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の指示・  アレルギー等  注意事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1週間当たりの回数 | □ ３回  □ ５回（要介護１・２）  □ ７回（要介護３以上） | | 希望する曜日・  時間帯 | |  | 月 | | 火 | | 水 | | 木 | 金 | 土 | | 日 | | 合計 |
| 昼 |  | |  | |  | |  |  |  | |  | | 回/週 |
| 夕 |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
| 開始希望日 | 年　　月　　日 | | | 希望事業者 | | |  | | | | | | | | | | | |