

ふれあい給食サービス申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

能勢町社会福祉協議会 会長 様

申請者 住所 豊能郡能勢町

氏名 印

電話

当該利用者	氏名		電話	
	住所	能勢町		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	年齢
	健康状態			
介護者の氏名			続柄	
必要とする理由				
世帯構成		1. ひとり暮らし高齢者 2. 高齢者世帯 3. ひとり暮らし障がい者 4. 障がい者世帯 5. 昼間独居高齢者 6. 昼間独居障がい者		
介護者の連絡先	1	氏名	住所	
			電話	
	2	氏名	住所	
			電話	
誓約書				
① 上記内容に相違ありません。 ② お弁当は昼食として食べ、保管したお弁当を食べたことが原因で食中毒が発生しても社会福祉協議会に対し一切の責任を問わないことを誓約します。 ③ お弁当の事前キャンセルは、前日の 13 時までに社会福祉協議会へ連絡をいたします。それ以降のキャンセルは、通常料金をお支払いします。				
能勢町社会福祉協議会 会長 様 <div style="text-align: right;">住所 豊能郡能勢町 氏名 印</div>				
※事務局記入	地区 民生委員		地区代表 民生委員	

ふれあい給食サービス調査票

なお、この調査票は、担当者が聞き取り調査いたします。

介護認定申請	1. なし 2. 申請中 3. あり [非該当・要支援・要介護()] 担当ケアマネジャー()				
福祉手帳	1. なし 2. あり (身障 級・精神 級・知的 級)				
家族状況	1. 日中不在		2. 在宅・交流あり		3. 在宅・交流なし
食事支援	1. 同居家族		2. 親 族		3. 支援なし
買い物	1. できる		2. できない		
食費管理	1. できる		2. できない		
調 理	1. できる		2. できない		
火気管理	1. できる		2. できない		
生活後退	1. な し		2. あ り		
食材の確保	1. できる		2. できない		
日常生活自立度	1. 自立・生活自立		2. 準寝たきり・寝たきり		
視力障害	1. な し		2. あ り ()		
聴 力	1. 問題なし		2. 問題あり		
抑うつ状態	1. な し		2. あ り ()		
閉じこもり状態	1. な し		2. あ り ()		
不安傾向	1. な し		2. あ り ()		
依存傾向	1. な し		2. あ り ()		
認知症	1. な し		2. あ り ()		
知的障害	1. な し		2. あ り ()		
配食希望曜日	月	火	水	木	金
備 考					