

(様式 1)

ふれあい配食サービス利用申込書

令和 年 月 日

石垣市社会福祉協議会
会長 石垣 安志 殿

(申請者)
住所
氏名
続柄
電話
携帯

利用者	住所						電話	
	ふりがな							
	氏名						性別	
	生年月日						年齢	
身体状況	疾病	有 (疾病名) 無						
	食事制限	有 () 無						
同居者の状況	氏 名	続柄	年齢	備考				
利用日 希望日に○を付けてください。	(昼食) 月 火 水 木 金	利用開始日						
	(夕食) 月 火 水 木 金 土	月 日 () ~						
利用食 希望するものに○を付けてください。	※ご飯 (普通 アチビ おかゆ) ※おかず (粗きざみ きざみ)							
利用料	1食 600円 (税込)							
利用希望の理由 ※詳細に記入して下さい								
備 考	緊急連絡先 利用事業所 (担当者名)							

※ 地図を付けてください。

ふれあい配食サービス台帳

(1) 基本事項

申請日： 令和 年 月 日 ()				申請受付：	
申請者： 本人 ・ 家族（息子 ・ 娘 ・ 嫁 ・ 婿） ・ その他（ ）					
ふりがな		性 別	生年月日	(歳)	緊 急 連 絡 先 氏名 (歳)
利用者氏名		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日	
住 所			電 話: 携 帯:	続 柄 : 電 話 : 住 所 :	
住 宅	持家 借家 団地 賃貸アパート				
家族構成	単身 高齢者夫婦 その他（同居家族 人 ）				
日中独居	(時間帯：)				

(2) 認定情報/居宅契約

介護認定	なし ・ あり 要支援 () ・ 要介護 ()
障がい手帳	身障 (級) 精神 (級) 療育 (級)

(3) 現在受けているサービス

介護保険	有	訪問介護 通所介護 通所リハ 訪問看護 その他 ()
	無	(回/月) (回/月) (回/月) (回/月) (回/月)
介護保険外		

(4) 身体状況/日常生活動作

視力・眼鏡等	普通 やや悪い 人の動きが分かる 盲 ※眼鏡 (あり ・ なし)
聴力・補聴器	普通 大きな声で聞こえる 聾 ※補聴器 (あり ・ なし)
言 語	普通 聞き取りにくい 聞き取れない 啞
意思疎通	特に問題なし 問題あり ()
麻 痺	無 ・ 有 ※部位 (顔面 ・ 右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢)
食 事	自立 一部介助 全介助
アレルギー	無 ・ 有 ()
歩 行	自立 何かにつかまれば可 できない
歩行状態	支障なし 困難さを感じる 支障あり

(5) 疾病/健康状況

認 知	無 ・ 有 ()
疾病状況	脳卒中 ・ 心疾患 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 骨粗鬆症 ・ ・ 脳梗塞
	その他 ()
通 院	していない ・ している (特記：)
	病院名 ()

(6) その他特記

※配達員に気をつけてもらいたい事、留守時の置き場所など。				
配達時の対応等：				
お支払い方法 ： 家族（来所） □座振替 振込み 権利擁護				