

第 1 号様式（第 3 条関係）

目黒区栄養改善配食事業利用申請書

年 月 日

目黒区長 宛て

目黒区栄養改善配食事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、事業の申請及び利用をするにあたり、次の項目に同意します。

- 1 住民基本台帳により、申請書の住所、氏名、生年月日等について確認を受けること。
- 2 高齢福祉課の各サービスの受給状況について確認を受けること。
- 3 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者、生活保護のケースワーカー等に対して申請者の状態等について確認をすること。
- 4 介護保険法に基づく要支援・要介護度、介護予防・日常生活支援サービス事業対象者であるかの確認を受けること。
- 5 申請内容を委託事業者に提供すること。
- 6 食事が不要な場合は、前日の 15 時までに配食事業者に連絡すること。前日 15 時以降の取消しの場合は配食を受けた際と同じ料金が発生すること。

申請者	ふりがな 氏 名		生年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)					
	住 所	目黒区 (電話：) (携帯：)	介 護 度 等	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 介護予防・日常生活支援サービス事業対象者（チェックリスト該当者）					
申請理由		☐ 最近 6 か月間で 2 ～ 3 k g 以上の体重減少があった。 ☐ BMI が 1 8 . 5 未満である。 ※BMI = 体重 (k g) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)							
利用希望 (食事を希望するところに ○をしてください)			月	火	水	木	金	土	日
		昼食							
		夕食							
希望する配食事業者						弁当の種類			
利用希望開始日		年 月 日							
アレルギー・服薬において 注意すべき食事の有無		☐ 有 食品名 () ☐ 無							
ケアプラン作成者		事業所名 担当者名				電話番号			
連 絡 先		氏 名 住 所 電話番号 自宅：				申請者との関係 携帯：			
備 考 欄		配食時の注意点、配食場所（玄関・部屋まで）、不在時の対応についてご要望があればご記入ください。							
申請手続きをした方（申請者と同じ場合は記入不要です。） 氏名： 続柄： 住所： 電話番号：									

区・包括支援センター処理欄

受付日： 年 月 日 受付所属 北・東・中・南・西・高 受付者：
提出書類：☐申請書 ☐介護予防サービス・支援計画表の写し（A～C票） ☐食生活確認票