

事業対象者または介護認定がない方、申請中の方は基本チェックリストも合わせて提出してください。

配食サービス事業意見書

利用者	氏名	要介護認定等	障害者手帳
	ふじみ野 花子 大・昭23年7月1日生(71歳)	1 要介護 () 2 要支援 () ③ 事業対象者	1 身体障害者手帳() 2 療育手帳 ()
住所	ふじみ野市 大井中央1-1-1 電話番号 (261) 2811		
生活及び身体状況	平成28年9月脳梗塞により入院。幸い後遺症はなかったが、以前からの糖尿病も悪化してしまい体力及び体重が減少してきている。同居の夫は要介護4で平日は訪問介護により食事の提供を受けている。本人は糖尿病対応のカロリー調整食の調理が難しく、糖尿病を心配して食事を十分にとれていない。		

本人の生活及び身体状況のほか同居の家族がいる場合には、その家族の状況も記入してください。
例) フルタイムで就労、要介護状態、障がいがある等...

配食サービス事業の支援の必要性 ・あり ・なし

令和元年 4月 3日

所属 高齢者あんしん相談センター

氏名 福岡 月子

電話番号 261-0000

この部分以下が実施計画となります。
利用者本人又は家族等とご相談のうえ記

実施計画

計画内容	土・日は長男夫婦などが訪問するなどし、食事のアドバイスや調理補助などを行う。						
	平日の朝食は、パン、フルーツを中心としたものとし、昼食・夕食についてはカロリー調整の配食サービスを実施する。						
	利用予定業者及び利用予定日【業者：〇〇〇〇弁当						
	日	月	火	水	木	金	土
朝食や、配食を実施しない日も含めての食事の計画を決めてください。	昼食	○	○	○	○	○	
	夕食	○	○	○	○	○	

助成金決定後、市役所から業者に訪問依頼をしますので予定業者名及び食形態も記入してください。

助成決定後は、計画した日以外の助成は原則できませんので、スケジュールの変更・回数追加をしたい時などは市役所までご連絡をお願いします。

※他のサービスの臨時的休みや、家族等介護者の都合などにより、数日間程度臨時で配食を実施する時などは市役所への連絡は不要です。業者と直接ご相談下さい。