

介護予防・生活支援サービス利用(変更)申請書

※こちらは弁当の申し込みではありません。弁当の注文は、ご自身で直接お弁当屋さんへ連絡が必要です。

[illegible]

裏面あり

介護予防・生活支援サービス利用（変更）申請書 裏面

利用 者 情 報	利用者の世帯構成	1 単身		2 高齢者のみ世帯		3 その他（ ）					
	家族等の状況	氏名	続柄		住所			電話番号			
要介護認定の有無	1 なし		2 申請中		3 あり〔要支援（ ）・要介護（ ）〕						
福祉手帳の有無	1 なし		2 あり（身障		級・精神		級・知的 級）				
現 在 の 状 況	現在利用しているサービスの状況	利用サービス名									
		利用頻度 ※利用している曜日等									
	既往歴及び 通院・往診等頻度	疾患名									
		発症時期	頃から								
		通院頻度	通院：		回/月・週		→ 通院方法（		）		
	往診：		回/月・週		、 未受診						
その他特記事項 （身体状況等）											
配 食 に つ い て	利用頻度	曜日	月	火	水	木	金	土	日	※利用を希望する日に○を入れてください。 ※利用のない日は理由を記入してください。（例：デイサービス、家族支援等）	
		昼食									
		夕食									
	注文する お弁当の種類 ※希望する種類に ☑を入れてください	☐ 普通食 ☐ DX普通食 ☐ カロリー食 ☐ たんぱく調整食 ☐ ムース食 ☐ ご飯セット ☐ おかずのみ						その他	☐ おかゆに変更 ☐ 刻み食に変更		
結果通知の送付先	利用者・緊急連絡先・居宅介護支援事業所・その他									氏 名： 連絡先：	
利用内容等の確認	利用者・緊急連絡先・居宅介護支援事業所・その他									氏 名： 連絡先：	