

様式第1号(第5条関係)

松本市高齢者等訪問給食サービス事業実施申請書

年 月 日

(あて先)松本市長

申請者 住所 松本市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
電話 \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

松本市高齢者等訪問給食サービス事業の実施を受けたいので、次のとおり申請します。

希望食数	週 食	世帯状況	該当する番号に○をしてください。 1 ひとり暮らし高齢者    2 高齢者のみの世帯 3 ひとり暮らし障害者    4 障害者のみの世帯 5 高齢者・障害者世帯    6 その他(                    )
略 図	北 4 +		

調	食材支援	1 同居家族 4 その他( )	2 別居親族	3 ヘルパー 5 支援なし
	調理支援	1 同居家族 4 その他( )	2 別居親族	3 ヘルパー 5 支援なし
	食生活能力	摂食 1 2 3( ) 1 支障なし 2 支障ないが困難 3 支障あり	買物 1 2 3( ) 配、下膳 1 2 3( ) 火気管理 1 2 3( )	献立 1 2 3( ) 調理 1 2 3( ) ゴミ出し 1 2 3( ) 食費管理 1 2 3( )
	自立意欲	1 問題なし 2 問題あり ( )		
査	食事回数	回/日(外食の頻度) 回/週		
	一緒に食べる人	A朝 1あり 2なし	B昼 1あり 2なし	C夕 1あり 2なし
	調理・食事設備	1 十分 2 不十分( )		

決 裁	* 上記申請について実施が(可・否)と決定し、処理してよろしいでしょうか。					
	係	福祉司	係長	課長	起案日	年 月 日
					決裁日	年 月 日
				施行日	年 月 日	

・窓口申請者 : (氏名) (電話番号)  
(申請持参者) (続柄)

・緊急時連絡先 : (氏名) (電話番号)  
(続柄)

・配食開始時の連絡先 : 本人 ・ その他 ( )