様式第１号

　　年　　月　　日

**「食」の自立支援事業申請書**

　鯖江市長　 殿

住　　所

　　申請者 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　（利用者）電話番号

　　　　　　　　　　　　　（担当ケアマネジャー　　　　　　　　　）

　下記のとおり、「食」の自立支援事業を受けたいので申請します。

　事業の利用調整等のために、地域包括支援センター職員または担当ケアマネジャーによる実態把握調査を受けることを承諾します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身体状況 | | 要介護認定等状況 | １　要介護　１　２　３　４　５  ２　要支援　１　２  ３　介護予防・日常生活支援総合事業対象者 |
| 自立度の目安 | 車や自転車または徒歩にてひとりで近くの店に買い物に行けますか？  １　はい　２　いいえ |
| 食生活の状況 | | | 調理が支障なくできますか？  １　はい　２　いいえ |
| 家族構成 | | １ひとり暮らし　　　２高齢者のみ世帯  ３その他  (扶養者との関係など　　　　　　　　　　) |
| 特別な事情 | |  |