

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 别 な 事 情		