

土岐市配食サービス申請者個票

土・下・妻・鶴首・駄・肥・泉

氏名	住所 土岐市	申出日	受付番号
申出者	生年月日		
本人連絡先 Tel ()	緊急連絡先	Tel () (氏名・続柄)	
該当理由 ① ② ③ ④ ⑤	町内名 ()	担当民生委員	
保険料負担段階(号)	①	② ③	④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬
負担額	セ 450 お 400	セ 350 お 300	セ 250 お 200

家族状況	①独居 ②同居 () 同居家族の年齢 ()	
介護保険情報	①非該当・未申請 ②要支援 1・2 ③要介護 1・2・3・4・5	
サービス利用状況	①利用なし ②利用あり (ケアマネ)	
	サービス ①デイ ②ヘルパー ③ショート ④その他 回数・日数 () () () () その他 ()	
心身の状況	麻痺等の有無 関節可動域制限 ①なし ②あり ③部位：利き腕 その他 () ①なし ②あり ③部位：利き腕 その他 ()	
	座位保持 立位保持 ①できる ②支えが必要 ③できない ①できる ②何か支えが必要 ③できない	
	歩行 乗車 移動 ①つかまらないでできる ②何かにつかまらなければならない ③できない ①自立 ②要介助 ③その他 () ①自立 ②要介助 ③その他 ()	
	火の管理等	①できる ②できない
	その他	
	疾患	病名 () 食事療法の有無 ①必要 ②不要 ③その他 ()
食事摂取状況	食事摂取回数 (回/日)	
その他		

①調理困難ア)能力6月1回イ)心身1年3回②特別食1年3回③要見守り1年1回④偏食/栄養問題1年3回

判定	①承認 ②却下	更新	①可 ②否	期限	年 月 末まで
----	---------	----	-------	----	---------

利用限度	週 回まで	該当条項	2条号	決定年月日	年 月 日
------	-------	------	-----	-------	-------

書類送付先住所 (本人以外 の住所へ送付希望の場合)	〒 氏名 (TEL)
-------------------------------	--------------------