

富士宮市配食サービス助成金交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所
申請者 氏 名
電話番号
本人との関係

次のとおり、富士宮市配食サービス助成金交付の申請をします。

利用者情報	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 電話 () -		
	要介護認定	無 ・ 有 (要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 居宅介護支援事業所:		
緊急連絡先	氏 名		利用者との続柄	
	住 所	〒 電話 () -		
利用事業者名 (希望業者に○をつける)	1. 夢季 3. ライフデリ 5. 宅配クック 123	2. 望月給食 4. 宅配弁当とし 6. まごころ弁当	開始希望日	月 日から
配食事業者からの連絡	1. 利用者		2. 緊急連絡先	
<p>私は、実施機関等が、私の介護保険被保険者情報の提供を受けることを承諾します。</p> <p>私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る個人情報が必要に応じて市が調査することに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 利用者氏名 _____</p>				

市記入欄	決定 ・ 不可	助成食数 食 ※治療食 有 () 無		
	決裁日	課 長	係 長	係 員 担 当
	令和 年 月 日			

利用者のアセスメント（必須）

※担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が記入してください。（本人記述不可）

所 属 _____	記 入 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
記入者 _____	被保険者番号 _____
連絡先 _____	対象者氏名 _____

申請者の世帯の状況について、該当するものに **丸で囲む** または記入してください。

1	独居・高齢者のみの世帯、またはそれに準ずる世帯※ ※住民票の世帯ではなく、実態の世帯を指す。	はい ・ いいえ
2	買い物ができない 理由：	はい ・ いいえ
3	調理ができない 理由：	はい ・ いいえ
4	治療食等の希望	あり ・ なし ()
5	要介護・要支援認定の有無	あり ・ なし ※介護申請中・事業対象者は、なしを選択
6	食事の提供を伴う介護（予防）サービスの利用状況 ※サービスの利用日に○をつけてください。	月・火・水・木・金・土・日

<富士宮市記入欄>

本人及びその配偶者が市県民税非課税である (質問5でなしを選択した場合、最大週3食まで)	<input type="checkbox"/>	週 食
本人またはその配偶者が市県民税課税だが、本人及びその配偶者が均等割のみ賦課されている (最大週3食まで)	<input type="checkbox"/>	
本人またはその配偶者が市県民税課税で、所得割及び均等割が賦課されている	<input type="checkbox"/>	対象外
同居人がいる・買い物ができる・調理ができる	<input type="checkbox"/>	