

第1号様式（第4条関係）

綾瀬市栄養改善配食事業利用申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

綾瀬市栄養改善配食事業実施要綱第4条に基づき、次のとおり申請します。

栄養改善配食事業利用承認事務に当たり、市が同要綱第2条に定める利用要件の確認に必要な事項を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。

また、申請内容及び添付書類を市関係部署及び配食事業者へ提示することに同意します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏 名				
	住 所	綾瀬市		電話	
申請者 （利用者とは異なる 場合のみ記入）	氏名： 関係： 電話：				
申請理由	<input type="checkbox"/> 直近6か月間で2kg以上の体重減少があった。 <input type="checkbox"/> BMIが20以下である。※BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）				
ケアプラン作成者	事業所名		電話番号		
	担当者名				
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表（A票）の写し <input type="checkbox"/> 食生活確認票 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類（基本情報シートの写し等）				
備考					