

# 見守り配食サービス状況確認票

申請者（利用対象者）名： \_\_\_\_\_

下記に記入および該当する箇所に☑してください。

## 1. 基本チェック項目

実態として、一人暮らし、高齢者世帯またはそれに準ずる世帯状況である

(準ずる世帯の場合、詳しい世帯状況： \_\_\_\_\_ )

配食時間帯に一人で食事を受け取ることができる

受取印を押印することができる。又は配食事業者が本人に代わり押印することを了承している。

## 2. 他の介護保険サービスの利用状況

※ケアプラン(写)を添付してください。

利用している

(利用しているサービス： \_\_\_\_\_ )

利用する予定がある

(利用開始予定時間： \_\_\_\_\_ )

(利用予定のサービス： \_\_\_\_\_ )

利用していない

## 3. 補助金対象の配食希望曜日 等

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	合計	昼食 夕食	回 回
昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜	昼・夜			

※補助金対象となるのは、1日1食、週7食まで。

上記の内容に相違ありません。

【確認日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

確認者：居宅介護支援事業所または地域包括支援センター

住 所：	
事業所名：	
電 話：	— — 担当ケアマネジャー：
	(署名)