

配食事業者 様

## 飛騨市お手本配食事業 配食発注書

### 1 担当ケアマネージャー又は地域包括支援センター職員

|      |  |     |   |   |
|------|--|-----|---|---|
| 氏 名  |  | 連絡先 | — | — |
| 事業所名 |  |     |   |   |

### 2 お手本配食利用者

|       |  |     |   |   |
|-------|--|-----|---|---|
| 利用者氏名 |  | 連絡先 | — | — |
| 利用者住所 |  |     |   |   |

### 3 お手本配食の利用期間

|         |   |   |   |       |
|---------|---|---|---|-------|
| 利用開始日   | 年 | 月 | 日 |       |
| 利用期間終了日 | 年 | 月 | 日 | ( 月間) |

### 4 お手本配食の種類

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| 種類                             | 通常食 ・ 治療食 |
| 治療食に関する医師からの指示事項等<br>※治療食の場合のみ |           |

※ 通常食…必要な栄養価を調整した食事

※ 治療食…医師の指示又は医療機関の管理栄養士の指導に伴い個別に対応した食事（物性食等の調整が必要な食事を含む。）

### 5 市のお手本配食の利用日

| 曜日         |   | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 希 望<br>時間帯 | 昼 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
|            |   | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
|            | 夜 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
|            |   | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |

※ 時間帯の詳細は配食事業者と利用者で確認しあってください。

※ この回数が委託事業分の回数となります。これを超える配食は利用者と配食事業者の間の一般のすべて実費の配食利用となります。

### 6 利用理由 ※利用申請書に記載した内容を記載のこと

|  |
|--|
|  |
|--|

### 7 食事内容への希望事項・特記事項

|  |
|--|
|  |
|--|