買物支援サービス利用希望者調べ

（申請時にケアプランを提出できない場合に作成・提出してください）

（申請者名：　　　　　　　　　　）

①申請者の状態または生活環境（該当項目にチェックし、必要事項を記入してください）

□ 申請者が外での歩行（自立歩行・シルバーカーを利用した歩行）が難しい

□ 申請者宅から商店までの道のりに難がある

（遠距離、上り下りが多い・激しい、狭小な経路で交通量が多い、

交通量が多いうえ適当な横断経路がない 等）

　　申請者宅から一番近い食料品・日用品販売店舗名：

□ その他

②申請者の世帯構成等（該当項目にチェックし、必要事項を記入してください）

* 独居
* 同居者全員が要支援等の認定や身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳等

の交付を受けている

* 同居者が高齢者のみで、要支援等の認定や身体障害者手帳や精神障害者保健

福祉手帳等の交付を受けているわけではないが、家族等の面談において買物

支援が困難と判断できる場合

* その他

③その他買物支援が必要な理由

（申請者の身体状況など利用審査時に考慮すべき事項があれば記入してください）