様式第１６号（第１７条関係）

毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業報告書

年　　月　　日

毛呂山町長　あて

住　　所

　事業者名

代 表 者

電話番号

年　　月分の毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業について、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 要介護者実施人数・食数(無断キャンセル分を除く。) | 　　　　　　　　　　　人・　　　　　　　　　食 |
| 要介護者(曜日別食数)(無断キャンセル分を除く。) | 曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
| 食数 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 |
| 要支援者等実施人数・食数(無断キャンセル分を除く。) | 　　　　　　　　　　　人・　　　　　　　　　食 |
| 要支援者等(曜日別食数)(無断キャンセル分を除く。) | 曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
| 食数 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 |
| 安否確認等緊急対応件数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件 |
| 安否確認等緊急対応の内容 |  |

※要支援者等には、介護予防・日常生活支援総合事業対象者分を含めてください。