

(ID) 利用申込書

利用者氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	T・S 年 月 日
現住所	郵便番号	—		電話	

家族構成 * 緊急時の連絡先となる順番にご記入ください。

	氏名	続柄	住所・電話	就労
①	フリガナ	続柄	〒 -	有・無
		年齢		
		連絡先	自宅: 携帯:	
②	フリガナ	続柄	〒 -	有・無
		年齢		
		連絡先	自宅: 携帯:	
③	フリガナ	続柄	〒 -	有・無
		年齢		
		連絡先	自宅: 携帯:	
	フリガナ	続柄	〒 -	有・無
		年齢		
		連絡先	自宅: 携帯:	
	フリガナ	続柄	〒 -	有・無
		年齢		
		連絡先	自宅: 携帯:	

体調急変時 救急搬送先 医療機関の 希望	①	病院	受診歴	有・無
	②	病院	受診歴	有・無

現在の要介護度	要支援1 2 介護1 2 3 4 5 新規申請中 区分変更申請中(認定調査日 月 日)
---------	---

介護保険限度額認定証	有・申請予定・非該当	介護保険負担割合	1割 2割 3割	担当居宅事業者 担当CM名	様
------------	------------	----------	----------	------------------	---

健康保険・その他保険証類	国民健康保険(世帯主・家族) 社会保険(本人・家族) 後期高齢者医療保険(有・無) 身体障害者手帳 (有・無) その他()
--------------	---

他施設申し込み状況	他老人保健施設・特別養護老人ホーム・グループホーム・その他 ()
-----------	-----------------------------------

20 年 月 日 記入者