利用申込書

利用者氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	大正 昭和　　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		住所・電話	就労
①	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無
②	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無
③	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無
	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無
	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無
	フリガナ	続柄 年齢	〒　　－ 連絡先 自宅:　　携帯:	有・無

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	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　（

平成　　年　　月　　日　　記入者