

SASO マイライフ芦屋 利用申込書

申 込 日	令和 年 月 日	申 込 サービス	入所(個室・多床室)・デイケア ショートステイ(個室・多床室)
利 用 者	フリガナ	性 別	生 年 月 日
	氏 名	男・女	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)
	住 所	〒 -	自宅Tel 携帯Tel
コロナワクチン	接種〔 〕回目まで 年 月 日に接種済 ・未接種〔理由: 〕		
インフルエンザ	接種 年 月 日に接種済 ・未接種〔理由: 〕		

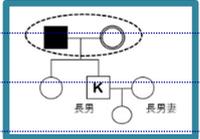
【基本情報】

現 在 の 居 所	自 宅 病 院 () 入 院 日 年 月 日 老 健 () 入 所 日 年 月 日 そ の 他 () 入 所 日 年 月 日		
主 治 医 等	病 院 名: 医 師 名: 笹生病院の受診歴 (なし ・ あり) ※ありの場合(診察券番号:)		
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	事 業 所 名: 担 当 ケ ア マ ネ:		
要 介 護 認 定	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中・区分変更中(認定調査日 年 月 日)		
	認 定 日	年 月 日	有 効 期 間 自 年 月 日 至 年 月 日
医 療 保 険	後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他()		
介 護 保 険 負 担 割 合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	介 護 保 険 負 担 限 度 額 認 定 証	無 ・ 有 (段階)

	氏 名	続 柄	住 所	連 絡 先
緊 急 連 絡 先	連絡先① (フリガナ)		〒	自宅Tel 携帯Tel Mail
	連絡先② (フリガナ)			自宅Tel 携帯Tel Mail
請求書送付先	(フリガナ)		〒	自宅Tel 携帯Tel

【確認・同意事項】

お預かりした個人情報につきましては、適切に管理し、同意なしに第三者に開示提供することはありません。申込にあたり、記載いただいた関係者・機関等に情報の提供を受けることおよび連携を取りあうことに同意していただきます。わかる範囲で結構ですので、ご記入ください。

	出生地		学 歴		兄 弟 姉 妹	()人兄弟の ()番目 []
	職 業		結 婚 歴	有 ・ 無	子 供	有 ・ 無 男()人 女()人
生 活 歴	(記入例)若い頃は●●会社で働いていた。二人の子供を育てた後、コーラスを習ったりしていた。75歳の時に夫が亡くなり、それからは一人暮らしをしていた。など ジェノグラム(見本)→					
						
同 居 の 家 族 や 主 介 護 者 は 誰 で す か 。						
既 往 歴	病名・傷病名		病名機関		年代または年齢	
性 格			趣 味			
利 用 者 ・ ご 家 族 の 意 向						

※ 介護保険証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証(ある方のみ)・お薬表(お薬手帳でも可)
・コロナワクチン接種証明書をご持参ください。