

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 | フリカナ | 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 |
| ワクチン 接種回数 | 未接種(理由:)・接種()回目まで 年 月 日に接種済 | | |

【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 | 病 院 名: | | 医 師 名: | | |
| 居 宅 介 護 支 援 事 業 所 | 事 業 所 名: | | 担 当 ケ ア マ ネ: | | |
| 要 介 護 認 定 | 申請中 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 | | | | |
| | 認 定 日 | 年 月 日 | 有 効 期 間 | 自 至 | 年 月 日 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 (階 段) | |

| | 氏 名 | 続 柄 | 住 所 | 連 絡 先 |
|-----------------------|----------------|-----|-----|----------------|
| 緊 急 連 絡 先 | 連絡先① (フリカナ) | | 〒 | 自宅Tel 携帯Tel |
| | 連絡先② (フリカナ) | | 〒 | 自宅Tel 携帯Tel |
| 請 求 先 | (フリカナ) | | 〒 | 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 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 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。