

緊急連絡先①	氏名		続柄 ()	電話	
	住所			携帯	
緊急連絡先②	氏名		続柄 ()	電話	
	住所			携帯	
家族状況	氏名	年齢	続柄	同居/別居	居住市区町村
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
家族構成	=		経済状況	国民年金 ・ 老齢福祉年金 ・ 厚生年金 共済年金 ・ 船員年金 ・ 恩給 健康管理手当 ・ その他()	
				月額又は年額	円/月・年
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称				
	電話番号				
	担当ケアマネジャー氏名				
	サービス利用	通所介護(回/W) ・ 通所リハ(回/W) ・ 訪問介護(回/W) 短期入所(日/月) ・ 訪問看護(回/W) ・ 福祉用具貸与			
その他 注意事項					

必要書類	① 介護保険証(コピー) ② 介護保険負担限度額認定証(コピー) ③ 健康保険証(コピー) ④ 原爆手帳(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑤ 重度障害者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑥ その他の手帳(コピー可)
------	---

※担当ケアマネジャー様へ
「主治医の意見書(複写)」をお持ちの方はご提供していただきますようお願いいたします。