



1 氏名・住所等 **！必須**

申請日	年 月 日
性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
ふりがな	
氏名	
住所	〒 京都府 (☎ - -)
※本人以外の連絡先があればご記入ください	
本人以外の 連絡先 氏名	(☎ - -) (本人との関係：)
連絡先氏名欄に記入がある場合は、同意する・同意しないのどちらかに必ず○をつけてください	
申請者本人 ！必須 同意する・同意しないのどちらかに○をつけてください	私は、申請者とともに本システムに登録されること並びに、本システムの関係者から確認等の連絡を受けることに、
私は、本申請書で登録する情報を、本システムの関係者が確認すること、在宅療養や入退院に利用することに	同意する ・ 同意しない

2 登録希望病院名 **！必須** 在宅療養あんしん病院一覧の中から、病院名と指定番号をご記入ください(※1病院以上)

1	2	3
[指定番号: -]	[指定番号: -]	[指定番号: -]

3 介護保険 **！必須** どちらかに○をつけてください

介護保険サービスの利用 利用している ・ 利用していない

4 医療・介護関係機関 既にご担当の方がいる場合にご記入ください

居宅介護支援事業所／小規模多機能型居宅介護事業所等	名称	(☎ - -)	担当ケアマネ
地域包括支援センター	名称	(☎ - -)	担当
訪問看護事業所	名称	(☎ - -)	担当
かかりつけ歯科医院	名称	(☎ - -)	担当
かかりつけ薬局	名称	(☎ - -)	担当

「ケアマネジャー」「訪問看護師」から、利用者等へシステムの説明・紹介をしていただき、紹介者記入欄に記入して、利用者へお渡しください

ケアマネジャー・訪問看護師等 紹介者記入欄 この欄はケアマネジャー・訪問看護師等が必要に応じて記入します

事業所名	種別	居宅 ・ 訪看 ・ 包括セ
担当者氏名	職種	ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他
住所	〒 京都府 (☎ - -)	

新

かかりつけ医記入欄 **！必須** この欄はかかりつけ医の方にご記入いただいでください

●かかりつけ医が1人の場合 ※診療所ゴム印可

かかりつけ医氏名	医療機関名	診療科名	科
住所	〒 京都府 (☎ - -)		

●かかりつけ医が2人の場合 (1人の場合 記入不要) ※診療所ゴム印可

かかりつけ医氏名	医療機関名	診療科名	科
住所	〒 京都府 (☎ - -)		

紹介いただいた方が登録されましたら、推進機構から事業所へ登録完了通知をお送りします