

1 氏名・住所等 **！必須**

申請日	平成 年 月 日
性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
ふりがな	見 本
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:)

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、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

※本人以外の連絡先がある場合は、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

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、

同意する ・ 同意しない

※緊急の場合、本システムの関係者から確認等の連絡が入ることがあります

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 現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	(☎ - -)	担当ケアマネジャー
地域包括支援センター	名称	(☎ - -)	担当者名
訪問看護事業所	名称	(☎ - -)	担当者名
かかりつけ歯科医院	名称	(☎ - -)	担当者名
かかりつけ薬局	名称	(☎ - -)	担当者名

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 (☎ - -)	