

サポート申込書

ふりがな		性別	男性	女性	年齢	歳
利用者の方の氏名	様	生年月日	明治	大正	昭和	年 月 日
おすまい	住所		電話			
	駐車場 有・無 ()		携帯			
	独居・同居 ()		メール			
緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話			
	氏名	様	メール			
	ふりがな	続柄	電話			
	氏名	様	メール			
主治医	氏名	Dr. 医療機関名				
	住所	電話				
ケアマネジャー	氏名	様	事業所名			
	住所	電話				
お身体等の状況 ご家族情報 特記事項等	<介護度> 申請中(認定予定 頃)・要支援()・要介護()					
	<既往症等> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 下記に無し() 脳疾患 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 が ん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 白血病					備考

開始希望日	平成 年 月 日 ()
サポート内容	<input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> 通院サポート <input type="checkbox"/> 外出サポート <input type="checkbox"/> 入院サポート <input type="checkbox"/> 家族サポート <input type="checkbox"/> 合鍵管理 <input type="checkbox"/> 保管要 (<input type="checkbox"/> 本部金庫 <input type="checkbox"/> 支部金庫 <input type="checkbox"/> 金融機関貸金庫 / <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 無期限) <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 保管要 (<input type="checkbox"/> 金融機関貸金庫 / <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 無期限)
利用料金	別添料金表をご覧ください。
お支払い方法	原則、当日現金にてご精算下さい。 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 請求書(月末締め、翌10日払い) <input type="checkbox"/> その他()

NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 御中

平成 年 月 日

私は上記内容並びに裏面重要事項説明書に同意の上、サポートを申し込みます。

ご利用者又は代筆される方のご署名

印

