

ケアホーム上田 利用者台帳

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

利用者様	ふりがな				生年月日	明・大・昭			年	月	日
	氏名				年齢	歳	性別	男・女			
	住所	(〒 -) (都・道・府・県)			電話番号						
	現住所	上記住所・入院()・施設()・その他()									
	年金受給状況	円/月	身体障害者手帳	無・有()							

保険関連	介護保険	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中									
		認定有効期限	年			月	日	～	年	月	日
		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	有・無				
		ケアマネージャー	事業所() 担当者()								
	健康保険	後期高齢者医療保険・国民健康保険・生活保護・その他()									
	医療保険負担割合	1割・2割・3割			福祉医療受給者証	有・無					

身元保証人	ふりがな				生年月日	昭・平			年	月	日
	氏名				続柄			性別	男・女		
	住所	(〒 -) (都・道・府・県)			電話番号						
	※別居の場合	(市・町・村)									
勤務先					日中の連絡先						

	氏名	年齢	続柄・関係	住所(市町村)	電話番号
緊急連絡先	①	歳			
	②	歳			
	③	歳			
	④	歳			
	⑤	歳			

備考欄											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--