

様式第1号(第6条関係)【別紙】

稲敷市高齢者見守りサポート事業利用者状況票

年 月 日

(ふりがな) 利用者氏名			生年月日	年 月 日生
電話番号	固定電話：		携帯電話：	

医療保険 の 名 称	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 社会保険 ☐ 共済保険 ☐ 船員保険	☐ その他() ☐ 生活保護 ※生活保護を受給している方は、生活保護受給証明書を併せて提出してください。		
障 害 等 の 状 況	☐ 有 (級) ☒ [No.] ☐ 無 ☐ 申請中	障 害 名		
介護保険 認定区分	☐ 認定なし ☐ 申請中 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()	介護(予防) 支援事業所	事業所名：	
			ケアマネージャー：	
			電話番号：	
主な疾病	①	発症年月日	年 月 日	
	②	発症年月日	年 月 日	
	③	発症年月日	年 月 日	
かかりつけ 医療機関	医療機関名称	電話番号	備 考	
服薬状況				
血液型	☐ A型 (Rh) ・ ☐ B型 (Rh) ・ ☐ AB型 (Rh) ・ ☐ O型 (Rh)			
フリーメモ				

※該当する箇所には✓をつけて提出してください。

(裏面あり)

寝室の位置
目 標（付近に目標となる建物等があれば記入）
略 図（住宅の位置が分かる図面を記載）
☐ 別紙のとおり ※住宅地図等の写しの添付可

※住宅地図等の写しの場合は、住宅に○印をつけてください。
※外観が酷似している棟が複数並ぶアパート等の場合は、印の間違いがないようご注意ください。