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、住宅に〇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。