

「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス 対象者情報登録 申請書

法人名	
利用機関名 （事業所名）	
法人利用者 （ご担当者）	
電話番号	

「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス利用約款（以下「本約款」という）第18条第2項の定めに従い、「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス（以下「本サービス」という）に、次の対象者の情報登録を申請します。

● 対象者登録情報

ふりがな 氏名	生年月日		性別
	西暦	年 月 日	男・女
住所	(〒 -) 都・道・府・県		電話番号 () -
介護 保険	保険者番号		
	被保険者番号		
要介護度	要介護() 要支援()	認定開始日	平成 令和 年 月 日 認定終了日 令和 年 月 日
利用者負担割合①	割	適用開始日	平成 令和 年 月 日 適用終了日 令和 年 月 日
利用者負担割合②	割	適用開始日	平成 令和 年 月 日 適用終了日 令和 年 月 日
障害福祉サービスなど			
主治医・医療機関名			
主治医・医師名			
既往歴			
障害福祉サービス などに関する情報			

● 緊急連絡先①

ふりがな 氏名	支援対象者との関係	電話番号
①		- -

● 緊急連絡先②

ふりがな 氏名	支援対象者との関係	電話番号
②		- -

● 緊急連絡先③

ふりがな 氏名	支援対象者との関係	電話番号
③		- -

※ この申請書は情報登録が完了した後、シュレッダー等機密保持を十分に留意し廃棄します。予めご了承ください。