年　　月　　日

府　中　市　長
協力病院　院長

府中市バックベッド確保事業申込書

（申請者）
住　所：
氏　名：　　続柄：
電　話：　　（　　）

療養者情報	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名		男 女	明･大･昭　　年　　月　　日生（　　歳）
	住 所	府中市		
利用希望期間	年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）　【　　日間】			
医療保険等	社保・国保・後期高齢　／負担限度(有・無)　／　生活保護受給（有・無）			
介 護 保 険	総合事業対象者　・　要支援（　　）・　要介護（　　）・申請中　・　なし			
緊　急 連 絡 先	※申請者と異なる場合に記入 氏名　　続柄（　　）　電話　　－　　－			
申 込 理 由	□　治療・検査が必要　　□　介護者が不在　　□介護者のレスパイト □　その他（　　）			
希 望 病 院	（　　）共済会櫻井病院　（　　）府中病院　（　　）府中医王病院 （　　）西原町脳神経外科クリニック			
申 込 理 由	（申込に至る事象・病状の変化等を簡単に記入） ----------			
主　治　医	医療機関名 医師名　　連絡先			

本事業利用にあたり、医療機関・介護サービス事業所等の関係機関に事業実施及び療養者への支援に必要な範囲で、情報収集及び情報提供することに同意します。

年　　月　　日

本人氏名

代筆者氏名　　（続柄　　）

（連携窓口）

居宅介護支援事業所	事業所名：	担当者名：
	電　　話：　　（　　）	
そ　の　他	事業所名：	担当者名：
	電　　話：　　（　　）	