

## 身元保証サポート<入院特化型> 申込書

NPO法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 御中

平成 年 月 日

わたくしは以下の記載内容・告知事項に間違いが無いことを誓約し、サポートに申し込みます。

### ご利用される方のご署名

印

氏名	ふりがな	誕生日	(明) (大) (昭)	年	月	日
	様	性別	(男) (女)	年齢	歳	
連絡先等	住所					
	電話	携帯		FAX		
緊急連絡先	氏名	続柄		電話		
	氏名	続柄		電話		
ケアマネジャー	氏名	所属事業所名				
	住所	電話				
入院について	病院名	診療科 ( )				
	住所	電話 ( )				
	入院事由	※病名、担当ドクター、予定している手術や措置、入院期間等をできるだけ詳しくお書き下さい。				
	告知欄	・健康保険が適用されない自由診療はありますか？ (有る) (無い) ・先進医療や個室利用等保険外併用診療はありますか？ (有る) (無い)				

※上記で「有る」と回答された方は、当サポートにお申し込み頂けません。

当申込書は、「NPO 法人ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 事務局 身元保証サポート係」まで送付下さい。

FAX 06-7635-2890 郵送 〒530-0012 大阪市北区芝田 1 丁目 1-4 阪急ターミナル 16 階 スタッドッグス(株)内

<添付資料> 添付漏れが無いよう、チェックをおつけ下さい。

- 健康保険証コピー
- 限度額適用認定証または標準負担額減額認定証コピー (70 歳未満の方)
- 高齢者受給証コピー (70 歳以上の方)
- 年金や給与等定期所得あるいは一定残高を証する通帳コピー (表紙裏面と直近 3 ヶ月分の記帳内容)

#### 【事務局使用欄】

理事長	係長	担当