（様式１－２）

**要配慮者等受入要請者名簿**

年　　月　　日

（施設名）（代表者名）様

大田市長

記

|  |  |
| --- | --- |
| 要配慮者　　　　　家 族　　　　　 | 氏名 |
|  |
| 生 年 月 日 | 年 齢 | 性 別 | 住所 |
| 　　　年　　　月　　　日 |  |  |  |
| 連 絡 先 | 〈心身の状況〉 |
|  |
| 〈介護度〉 | 〈かかりつけの医療機関や服薬等〉 |
| ≪身元引受人≫ | 〈続柄〉 | 〈住所〉 | 〈緊急連絡先〉 |
| 要配慮者　　　　　家 族　　　　　 | 氏名 |
|  |
| 生 年 月 日 | 年 齢 | 性 別 | 住所 |
| 　　　年　　　月　　　日 |  |  |  |
| 連 絡 先 | 〈心身の状況〉 |
|  |
| 〈介護度〉 | 〈かかりつけの医療機関や服薬等〉 |
| ≪身元引受人≫ | 〈続柄〉 | 〈住所〉 | 〈緊急連絡先〉 |
| 要配慮者　　　　　家 族　　　　　 | 氏名 |
|  |
| 生 年 月 日 | 年 齢 | 性 別 | 住所 |
| 　　　年　　　月　　　日 |  |  |  |
| 連 絡 先 | 〈心身の状況〉 |
|  |  |
| 〈介護度〉 | 〈かかりつけの医療機関や服薬等〉 |
| ≪身元引受人≫ | 〈続柄〉 | 〈住所〉 | 〈緊急連絡先〉 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 大田市担当連絡先 | 課名： | 担当者： | 電話： |
| ＦＡＸ： |