

(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：