様式2-１

基本情報シート

作成日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| とよた市民後見人氏名 | （登録番号　　　　　） |

－２２－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | 男  ・  女 | | | 類型 | | | 後見 ・ 保佐 ・ 補助 | | |
| 被後見人 | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 住　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | 電話番号  携帯電話 | |  | | |
|  | | |
| 生活場所 | | | | 自宅・施設・病院・その他  名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 審　判 | | | | 審判確定日 | | 年　　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 基本事件番号 | |  | | | 登記番号 | | | | | 第　　　　　－　　　号 | | | |
| 複数後見人 | | □なし　□あり（複数後見の相手：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 申立経緯 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 親  族  等 | | 氏　名 | | | | 続柄 | 年齢 | | 同別居 | | 住所・連絡先　等 | | | | | | 緊急連絡 |
| 1 |  | | |  |  | | 同・別 | |  | | | | | | 可・不 |
| 2 |  | | |  |  | |  | |  | | | | | |  |
| 3 |  | | |  |  | |  | |  | | | | | |  |
| 4 |  | | |  |  | |  | |  | | | | | |  |
| 5 |  | | |  |  | |  | |  | | | | | |  |
| 手帳の有無 | | | | | □療育手帳　　　　　　　　判定　　　　　（交付日　　　　　　　　）  □精神保健福祉手帳　　　　級　　　　　　（交付日　　　　　　　　）  □身体障害者手帳　　　　　種　　　　　級（交付日　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | | | | | 被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）  要介護度　　要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５  認定有効期限（　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　）  ケアマネジャー（事業所名　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　）  　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | | | | 社会保険・国民健康保険・後期高齢者医療保険　（障害者医療・福祉給付金） | | | | | | | | | | | | |
| 年　金 | | | | | 老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 企業年金 | | | | | | | | | | | | |
| 関  係  機  関 | 事業所名 | | | | | | | サービス内容 | | | | | | | | 頻度 等 | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 医  療  機  関 | 医療機関名 | | | | | | | | | 主治医 | | | | | | 疾患 等 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 備  考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |