

ケアハウス幸嶺園利用申込

平成 年 月 日

ケアハウス幸嶺園 施設長 殿

フリガナ
申込者 氏名 (続柄)

住所 〒 _____

電話番号

利用者	フリガナ		性別	男	女	配偶者	有	無
	氏名		住民登録	市・区・町				
	現住所	〒 _____						
	電話							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)						
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中						
		(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日						
	居宅介護支援事業所名							
	ケアマネージャー氏名							

身元保証人	フリガナ		続柄	
	氏名		印	電話
	住所	〒 _____		

※ 保証人の選任が困難な場合はご相談ください。