利　用　申　込　書

記載内容に虚偽があった場合は、ご利用をお断りいたします。

ご希望施設名の□を黒塗りにしてください　□→■

□グループホーム　ふうりん　　□有料老人ホーム　すごろく

□有料老人ホーム　お茶の間　　□有料老人ホーム　なすびの花

利用開始希望日	令和　　年　　月　　日　から				
ふりがな					
利用者氏名	男　・　女				
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日　　才				
現住所					
電話番号					
利用前連絡先	自宅　・　病院　・　その他（名称　　電話番号　　）				
緊急時連絡先	①	お名前	続柄	電話番号	
	②	お名前	続柄	電話番号	
介護保険	設定の有効期限　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日				
	被保険者番号:				
	要支援　１・２ 要介護　１・２・３・４・５	保険者（市町村名）			
同居家族構成	氏名	主介護者に◎印	続柄	性別	年齢
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	

上記の通り、利用を申込みます。

申込日　令和　　年　　月　　日　　住所

事務局FAX　055－284－5038　　氏名　　㊞