

社会福祉法人大寿会 介護保険指定事業申込書

被保険者氏名	被保険者番号				
フリガナ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>				
-----	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> <u>生年月日</u> 明 大 昭 年 月 日 </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <u>性別</u> 男 女 </td> </tr> </table>	<u>生年月日</u> 明 大 昭 年 月 日	<u>性別</u> 男 女		
<u>生年月日</u> 明 大 昭 年 月 日	<u>性別</u> 男 女				
住 所	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">電話</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> </tr> </table>	電話	FAX		
電話					
FAX					
要介護認定状況 自立・要支援・要介護()	有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
代理人氏名	続柄				
フリガナ	勤務先等				
氏 名	電話				
住 所	FAX				
利用する指定介護保険事業の種類 (○ 印をつけて下さい) ・ 介護老人福祉施設(特養快晴苑) ・ 短期入所生活介護事業(ショートステイ)					
・ 入所順位の方法等について説明を受け、同意します。 ・ 上記のとおり介護保険指定事業の利用を申し込みます。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>					
社会福祉法人大寿会 施設長 渡辺 武彦 殿					
本人	(印)				
代理人	(印)				