

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				
-----	生年月日 明 大 昭		性別	
	年 月 日		男 女	
住 所	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			
<p>利用する指定介護保険事業の種類 (○ 印をつけて下さい)</p> <p>・ 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)</p>				
<p>・ 入所順位の方法等について説明を受け、同意します。</p> <p>・ 上記のとおり介護保険指定事業の利用を申し込みます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会福祉法人大寿会</p> <p>理事長 高橋 克己 殿</p>				
本人				(印)
代理人				(印)