

登録申込書

受付日 年 月 日

※介護被保険者証（写）を添付ください

小規模多機能ホームみなみやま

氏名	〒 — — — — — — — — — — ⑩	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
		性別	男・女	満 歳
現住所	〒 — — — — — — — — — — (電話 — — — — — 携帯電話 — — — — —)			
入院先名 (ご本人)	(電話 — — — — —)			
かかりつけ 医療機関	(電話 — — — — —)			
要介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 認定の有効期間(年 月 日～ 年 月 日)			
居宅介護支 援事業所	(担当介護支援専門員)			
身体障害者 手帳	有・無 種 級 障害名() 交付年月日 年 月 日			
健康保険 種別	健保・国保・共済・船員 他()	本人 扶養・任意継続	後期高齢者医療 有 ・ 無	

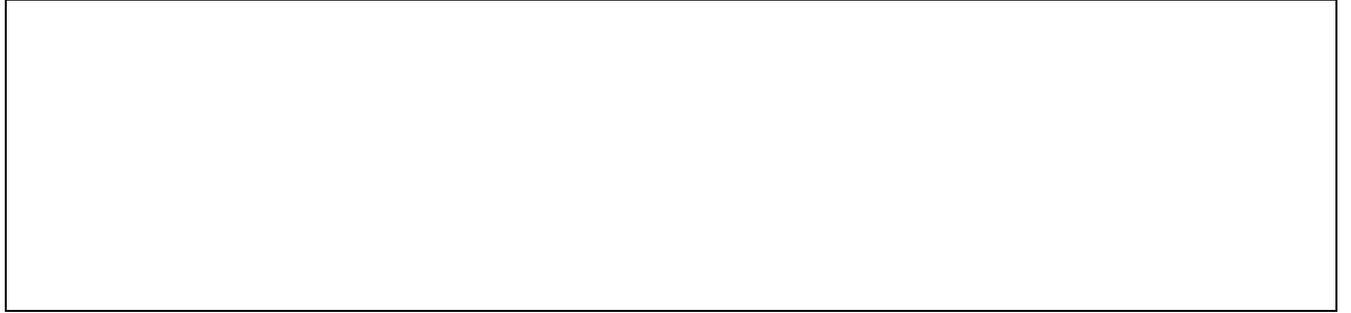
家族氏名 (代理人)	〒 — — — — — — — — — — ⑩	続柄	勤務先	
			電話	— — — — —
住所	〒 — — — — — — — — — — (電話 — — — — — 携帯電話 — — — — —)			

【同居家族】

氏名	続柄	氏名	続柄

【利用申し込みの理由】

【生活上望まれること・困っていること】



※この書類についての個人情報の取り扱いは、法令及び弊社内部規定に基づき適切に管理致します。※行政から求めが有る場合には、この申し込み情報を提供することがあります。