

【 事前依頼書 】

※差し支えない範囲で結構ですが、可能な限りご記入ください。

FAX ⇒ 06-6881-2556

依頼日	年 月 日				
対象者様の情報					
フリガナ			生年月日	西暦 19 年 月 日	
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保	収入源		<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()	
要介護度	1 2 3 4 5	障害	1 2 3 4 5 6 7級	月收入額	約
現住所	〒				
固定電話	— —	携帯電話	— —		
家族情報					
ご検討中の 会員種別	<input type="checkbox"/> 高齢者施設又は高齢者住宅等にご入居予定/ご入居中		入院日、入院理由		
	<input type="checkbox"/> ご自宅にお住まい <input type="checkbox"/> 賃貸住宅にお住まいまたは予定		入居予定日		
入院予定先の 名称			電話番号		
所在地					
入居予定先の 名称			電話番号		
所在地					
ご紹介の経緯 現在の状況					
ご紹介者様の情報					
氏名・名称 所属等			担当者名		
			電話番号		
その他関連先の情報(介護事業所、担当ケアマネージャー様、役所担当課など)					
氏名・名称 所属等			担当者名		
			電話番号		
※正式な申込み時にご用意いただくもの					
<input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 年金関係の証明書等のコピー(支給額決定通知書 ・ 振込通知書 ・ 年金証書 ・ その他) <input type="checkbox"/> 預貯金口座通帳コピー(口座数 件) <input type="checkbox"/> 印鑑証明書(ある場合) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書コピー <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 入居先関係書類(物件詳細書類 ・ 契約書コピー) <input type="checkbox"/> その他()					

