

光が丘老人保健施設

入所・ショートステイ・通所 申込書

令和 年 月 日

利用希望者	フリガナ		男	明治				
	氏名			女	大正	年	月	日生
	住所	(TEL)						
	介護保険番号	保険者番号			被保険者番号			
	要介護状態区分							
要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			申請中				
保証人	フリガナ		年齢	続柄	職業			
	氏名		歳					
	住所	(TEL)						
	勤務先							
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			TEL		
	①							
	②							
	③							