

【 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。

依頼日	年 月 日	<b>送信先FAX番号 ⇒ 06-6881-2556</b>			
<b>対象者様の情報</b>					
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"/> 終身保証プラン		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					
<b>ご紹介者様の情報</b>					
氏名・名称 所属等	担当者名				
	電話番号				
<b>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)</b>					
氏名・名称 所属等	担当者名				
	電話番号				
<b>※正式な申込み時にご用意いただくもの</b>					
<input type="checkbox"/> 被保険者証(後期高齢、国保)・資格確認書・マイナンバーカード表面のいずれか <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 年金書類・年金証書・年金振込通知書等のいずれか <input type="checkbox"/> 預貯金口座通帳コピー <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( )					

