

有料老人ホーム入居相談用紙

申込者

フリガナ		続柄	生年月日	明治・大正・昭和
お名前		印	年 月 日生 (歳)	
ご住所	〒	—	電話番号	— —

入居者

フリガナ		続柄	生年月日	明治・大正・昭和
お名前		印	年 月 日生 (歳)	
ご住所	〒	—	電話番号	— —
介護認定度	要支援・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5・申請中・自立			

希望立地（都道府県名、市名、駅名など）	
希望入居金	万円
希望月額利用料	万円
提携医療機関 希望診療科目	
介護ケア希望	

川崎市幸区南幸町3-55

NPO法人神奈川県高齢者健康づくり支援協会

TEL: 044(533)5364

FAX: 044(533)5789

※ご記入いただいた個人情報は、安全かつ厳密に管理いたします。

※個人情報は、第三者に開示・預託することはありません。