

希望の家 宛  
 FAX:050-3737-1820  
**無料体験申込書**

令和 年 月 日

|     |        |          |      |   |   |               |   |
|-----|--------|----------|------|---|---|---------------|---|
| 利用者 | 被保険者番号 |          |      |   |   |               |   |
|     | フリガナ   |          |      |   |   |               |   |
|     | 氏名     |          |      |   |   |               |   |
|     | 住所     | 〒        |      |   |   |               |   |
|     | 電話番号   |          |      |   |   |               |   |
|     | 生年月日   | 明治 大正 昭和 | 年    | 月 | 日 | ( 歳) 性別 男 女   |   |
|     | 認定結果   | 要介護      | 1    | 2 | 3 | 4             | 5 |
|     | 認定有効期間 | 申請中      | (申請日 | 年 | 月 | 日)            |   |
|     |        | 令和       | 年    | 月 | 日 | ～ 令和 年 月 日 まで |   |

|           |              |   |         |  |   |   |
|-----------|--------------|---|---------|--|---|---|
| 居宅介護支援事業所 | 事業社名         |   |         |  |   |   |
|           | 事業所番号        |   |         |  |   |   |
|           | 住所           | 〒 |         |  |   |   |
|           | 電話番号         |   | FAX番号   |  |   |   |
|           | 担当ケアマネージャー   |   |         |  |   |   |
|           | ※医療情報の提供について |   | 医療情報の開示 |  | 可 | 否 |

|          |  |         |   |    |  |  |
|----------|--|---------|---|----|--|--|
| 無料体験について | 体験希望日  | 月 日 ( ) |   |    |  |  |
|          | 同伴者  | 有 ( )   | 無 | 不明 |  |  |
|          | 感染症  | 有 ( )   | 無 | 不明 |  |  |
|          | 麻痺   | 有 ( )   | 無 | 不明 |  |  |
|          | 病名   |         |   |    |  |  |
|          | 特記事項(性格・制限食・生活保護・減免などございましたら併せてご記入お願い申し上げます) |         |   |    |  |  |

名称:希望の家  
 住所:福岡市博多区南八幡町1-1-12  
 電話:092-558-8829