

FUYOUKAI
Nippon's Traditional Sake

恐れ入りますが、お申込みいただいてから1年を経過した場合は、いったんお申込みをお取下げとさせていただきます。何卒ご理解くださいますよう、よろしくお願いいたします。

				申込日		令和 年 月 日			
利用者 (本人)	フリガナ 男 氏名 様 女			生年月日		年 月 日 (歳)			
	〒 - 住所 電話番号 ()								
申込者	フリガナ 男 氏名 様 女			続柄		生年月日		年 月 日 (歳)	
	〒 - 住所 電話番号 ()								
介護保険	1. 有 2. 無 3. 申請中 要 支 援 : 1 2 要 介 護 : 1 2 3 4 5 負担割合: 割 負担限度額認定: 段階								
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 入院中 病院名: 3. 施設入所中 施設名:								
今後の方向性	1. 積極的にリハビリをして自宅復帰を目指したい。 2. 自宅復帰は希望しない。本人の状態や経済状況に応じた施設へ転所する。								
備考									

(受付者記入) 受付者: