



『入居者サポートプラン』 申込書

(ふりがな) ご氏名	印	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (満 歳)
現住所 (住民登録住所)	〒 電話番号 ()			
本籍地	〒			
受給年金 ※1	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他 ()			
加入保険 ※2	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 民間保険 ()			
生活保護	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (市・区役所：担当名)			
各種手帳※3	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身体1 <input type="checkbox"/> 身体2 <input type="checkbox"/> 身体3 <input type="checkbox"/> 精神1 <input type="checkbox"/> 精神2			
持病の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()			
所有財産	自己名義 の預貯金	金融機関名	支店名	口座番号
	その他			
万一の際 の連絡先	氏名	住所		
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	
親族情報 (相続人に あたる方)	氏名	住所		
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	
	続柄 ()	〒	電話番号 ()	

※1 証書等のコピーをお預かりします

※2 保険証のコピーをお預かりします

※3 手帳のコピーをお預かりします