



一般社団法人

ロングライフサポート協会

Long Life Support Association

申込日

年

月

日

『入居者サポートプラン』申込書

(ふりがな)			生年	☐ 明治	年	月	日
ご氏名			月日	☐ 大正			
				☐ 昭和	(満	歳)	
現住所 (住民登録住所)	〒 電話番号 ()						
本籍地	〒						
受給年金 ※1	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他 ()						
年金	回数	回/年	円	* 通常は年6回、つまり2か月に1回です。 場合によっては年1回の年金などもあります。			
加入保険※2	☐ 国民健康保険 ☐ 民間保険 ()						
生活保護	☐ 無し ☐ 有り (市・区役所：担当名)						
障害手帳※3	☐ 無し ☐ 身体1 ☐ 身体2 ☐ 身体3 ☐ 精神1 ☐ 精神2						
持病の有無	☐ 無し ☐ 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			
		メインバンク					
		サブバンク					
	メインバンク 情報	通帳の有無	☐ 無し ☐ 有り	キャッシュカード	☐ 無し ☐ 有り		
		銀行印の有無	☐ 無し ☐ 有り	暗証番号			
	その他(家・墓・現金等)			資産概算	万円		
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

記載後は092-710-4791へFAX送信お願いいたします。