

介護 { 老人福祉
老人保健
療養型医療 } 施設、介護医療院、グループホームサービス利用・契約事項証明届出書

介護（老人福祉、老人保健、療養型医療）施設、介護医療院、グループホームのサービスを利用するにあたり、次のとおり介護福祉施設サービス・グループホーム利用契約を締結したことをお届けいたします。

(フリガナ)		生 年 月 日	性別
利用者氏名		1.M 2.T 3.S 年 月 日生	1.男 2.女
居住地			
要介護・要支援 状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日		
契約期間	年 月 日 から 年 月 日		
その他 参考事項	※入所・入居契約期間中、異動が生じた場合は、高崎福祉事務所へ連絡してください。		

上記のとおり、相違ないことを証明いたします。

(あて先) 高崎市福祉事務所長

令和 年 月 日

(指定介護機関)

住所

名称

印