

確 認 書

令和 年 月 日

本人氏名

希望する電話連絡先・書類郵送先 確認欄

電話連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> その他 ()
書類の郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者宅 <input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
窓口届出者	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー
備 考	