



令和 年 月 日

軽費老人ホーム・ケアハウス相談申込書

(かながわ高齢協会施設が相談を受けます。)

軽費老人ホーム・ケアハウスへの入居などに関し相談したいので、次により申し込みます。

相談	氏名 (ふりがな)	()		
	相談対象者との関係			
	住所 (県・町村まで)			
	施設からの連絡先	電話番号		
	(次の中から示してください。)	希望時間	☐ 終日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ その他 ()	
相談対象者	氏名 (ふりがな)	()		
	年齢	歳	性別	☐ 男 ☐ 女
	介護認定	☐ 無し ☐ 有り	介護サービスの利用	☐ 有り ☐ 無し
	入居となった場合希望する市町村と	市町	()横須賀 ()鎌倉 ()厚木 ()秦野 ()伊勢原 ()綾瀬 ()平塚 ()藤沢 ()茅ヶ崎 ()二宮 ()小田原 ()南足柄 ※希望する順に番号を付けて下さい。 __ は軽費、__ は軽費・ケアハウス、下線無しはケアハウス	
	施設タイプ	施設タイプ	☐ 軽費老人ホームを希望 ☐ どちらでも良い ☐ ケアハウスを希望 ☐ 相談してから判断 ※月額利用料はケアハウスの方が高くなります。	
	入居となった場合、入居を希望する時期	☐ 出来るだけ早く ☐ 後 ☐ その他 ()		
相談内容	※「軽費・ケアハウスの紹介」もご覧ください。			

送付先 〒 221-0825 横浜市神奈川区反町 3 丁目 17 番地 2 電話 045-311-8745

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会 FAX 045-311-8768

E-mail : k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp

施設 処理欄 (本件の相談を受けます。)			
施設名		連絡先	
担当者職・氏名			

送付先 FAX 045-311-8768 mail : k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会事務局 処理欄				No	
受付年月日	年 月 日	照会年月日	年 月 日		
対応施設	1	2	3		
対応済年月日	年 月 日				
相談結果	☐ 入居移行 ☐ 相談のみ ☐ その他				