記入日　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

介護が必要になったら

|  |
| --- |
| 〈介護をお願いしたい人〉　　　　　＊チェック☑を入れてください |
| □配偶者　名　　前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□子ども　名　　前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他　　　　　　　　　　名　　前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 〈介護してほしい場所〉　　　　　　　＊チェック☑を入れてください |
| 　　□なるべく自宅を希望する　　□病院・施設　　　　　　名称・場所等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□お任せする |
| 〈介護の費用〉　　　　　　　＊チェック☑を入れてください |
| 　　□私の預金や年金等でまかなってほしい　　□用意してある　　　　　　保管場所等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他 |