

住宅型有料老人ホーム 喜平

入居申込書

入居申込日	平成 年 月 日	受付者名	
-------	-------------------------	------	--

入居希望者	フリガナ				印	
	氏名					
	連絡先	〒 -				
		TEL - -				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別 (男・女)
	介護保険証	要支援 ・ 要介護		申請中 (年 月 日 申請)		
	1 2 3 4 5					
保険者		担当ケアマネ	事業所名:	担当者:		
				月収	万円	

身元等引受人(保証人)	フリガナ				印
	氏名				
	連絡先	〒 -			
		TEL - -			
	性別	(男 ・ 女)	入居者との続柄		
	勤務先	会社名			
TEL					
勤務年数		年	ヵ月	税込年収	万

申込者等の第三者	氏名				
	住所				
	連絡先				
	入居者との間柄	成年後見人・知人・ケアマネジャー・生活相談員 その他 ()			

家族状況	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同・別居

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 介護者不在・負担 <input type="checkbox"/> 退院後の在宅生活困難 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的に)					
現在状況	主治医 (医療機関名: 先生お名前:)					
	現病名 ()					
	既往歴 ()					
	介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 入居希望時期 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 時期問わず <input type="checkbox"/> 空室待ち連絡必要					

最後までご記帳いただき、誠にありがとうございました。