

介護付有料老人ホーム ロングライフ あいこう燕
入居申込書

令和 年 月 日

希望居室	<input type="checkbox"/> Aタイプ (約28㎡ キッチン付)	<input type="checkbox"/> Bタイプ (22.57㎡)	<input type="checkbox"/> Cタイプ (18.23㎡)	<input type="checkbox"/> 指定なし	希望居室No
入居希望日	令和 年 月 日 (曜日) 頃				
ふりがな	生 年 月 日				
入居希望者	様(男・女) (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日(歳)				
ご住所	〒 TEL: ()				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中(申請先: 認定予定日:平成 年 月 日頃) 認定有効期間: (平成・令和) 年 月 日 ~ (平成・令和) 年 月 日				
以前または現在の病院・施設等の連絡先	名称 : 担当者 : TEL: ()				
ご家族以外のご利用者の状況がわかる方の連絡先	ケアマネジャー、主治医、施設連絡先 TEL: ()				
病院・施設への問合せの確認	以前または現在の病院・施設等の連絡先への問合せについて同意しますか。 どちらかに○をつけてください。 (同意する ・ 同意しない)				
介護情報の問合せの確認	ご家族以外のご利用者の状況がわかる方への問合せについて同意しますか。 どちらかに○をつけてください。 (同意する ・ 同意しない)				
ふりがな		続柄	生 年 月 日		
申込者氏名	印		(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日(歳)		
ご住所	〒 TEL: () FAX: () 携帯TEL: ()				
勤務先	名称		部署		
	TEL ()		FAX ()		
身元引受人 返還金受取人	身元引受人・返還金受取人は上記申込者を予定していますか？(はい・いいえ) ※いいえの場合、裏面にご記入ください。		受付番号		
			施設長	課長	ケアマネ

※ 当申込書にて入手した個人情報は、当ホームの利用者支援以外には利用致しません。

入居契約締結にあたり、下記、身元引受人、返還金受取人を予定しています。

ふりがな		生 年 月 日	
身元引受人 お名前(予定)	印	(明治・大正・ 昭和・平成)	年 月 日(歳)
ご住所	〒 TEL: ()		
ご住所	〒 TEL: () FAX: () 携帯TEL: ()		
勤務先	名称	部署	
	TEL ()	FAX	()
ふりがな		生 年 月 日	
返還金受取人 お名前(予定)	印	(明治・大正・ 昭和・平成)	年 月 日(歳)
ご住所	〒 TEL: ()		
ご住所	〒 TEL: () FAX: () 携帯TEL: ()		