## 介護付有料老人ホーム ロングライフ あいこう燕

希望居室

入居希望日

ふりがな

入居希望者

ご住所

要介護認定

入居申込書 令和 希望居室No □Aタイプ □Bタイプ □Cタイプ □指定なし (約28㎡ キッチン付)  $(22.57 \,\mathrm{m}^2)$  $(18.23 \,\mathrm{m}^2)$ 令和 年 月 日( 曜日) 頃 年 月 生 日 (大正・昭和・ 様(男・女) 年 月 日( 歳) 平成) TEL: ( ) □ 要支援1 □ 要支援2 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5□ 認定なし □ 申請中(申請先: 認定予定日: 年 月 日頃) 認定有効期間: 令和 年 日~ 令和 月 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 <sup>・</sup> TEL:	一、主治 (	)医、施言 )	<b>设連絡先</b>								
)L	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		**	正·昭和· 平成)	年	月	日(	歳)	
ご住所	₸											
	TEL:	(	)	FAX:	(	)	;	携帯TE	L:	( )		
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 予定している			人は上記申込シャ・いいえ)	者を	受施設長	付番号 事務長	ケアマネ	看護主任	介護主任	相談員	
	*	<b>┊いいえ</b> (	の場合、	裏面にご記入く	ださい。							

## 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								上 年	月月	3	
身元引受人 お名前(予定)				F	]		月治・大正・  和・平成)	年	月	日(	歳)
ご住所	〒 TEL:	(	)								
			)								
が仕記	〒										
ご住所	TEL:	(	)	FAX:	(	)		携帯TEL:	(	)	
	名称						部署				
勤務先	TEL	(	)				FAX		(	)	
ふりがな								上 年	月月	3	
返還金受取人 お名前(予定)				E	]	(大	<ul><li>て正・昭和・</li><li>平成)</li></ul>	年	月	日(	歳)
	〒										
ご住所											
	TEL:	(	)								
	Ŧ										
ご住所	TEL:	(	)	FAX:	(	)		携帯TEL:	. (	)	
	100.	\	/	1 1 12 1 .	'	,		1) (   1) ( L L L L L L L L L L L L L L L L L L	` `	/	