

日介ケアセンター六町入居申込書

ご入居者	フリガナ		男・女	生年月日	明大昭	年 月 日(歳)
	氏名					
	住所	〒		電話		
介護保険	介護申請	<input type="checkbox"/> 要介護度(要支援2・1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請予定(月 日) <input type="checkbox"/> 申請中(月 日)				
	有効期限	年 月 日 ~		年 月 日		
	居宅介護支援事業所		担当	電話		
	その他の連絡先					
収入状況	年金	種類 (厚生年金 ・ 共済年金 ・ 国民年金)			万円/年間	
	恩給				万円/年間	
	その他の収入				万円/年間	
利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 入居者本人 <input type="checkbox"/> 本人と身元引受人 <input type="checkbox"/> その他(具体的氏名)					
利用料の請求先	<input type="checkbox"/> 入居者本人 <input type="checkbox"/> 身元引受人 <input type="checkbox"/> その他(具体的氏名)					
身元引受人	フリガナ		続柄	男・女	生年月日	明大昭 年 月 日(歳)
	氏名					
	住所	〒		電話	自宅	
					FAX	
				携帯		
	勤務先				年収	万円/年間
緊急連絡先	フリガナ		続柄	男・女	生年月日	明大昭 年 月 日(歳)
	氏名					
	住所	〒		電話	自宅	
				FAX		
				携帯		
備考 (連絡事項等)						

日介ケアセンター六町(グループホーム)への入居を申込いたします。

年 月 日

ご入居者 (住所)
(氏名)

(印)

(上記、ご入居者欄の住所・氏名の記載については、下記身元引受人が代筆しました)

身元引受人 (住所)
(氏名)
(続柄)

(印)

※ご入居後、身元引受人の方に、この申込書のコピーをお渡しいたします。

※弊社記入欄(担当者名)

◎検討日: 年 月 日 ◎契約締結日: 年 月 日 ◎入居予定日: 年 月 日