

入居申込書

(申込者)

住 所

氏 名

電 話

入居希望者の状況	ふりがな		性別		保険者				
	ご利用者氏名		男・女						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	介護保険被保険者番号						
	現住所	〒	TEL	<input checked="" type="checkbox"/>					
				<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護					
				介護度	1	2	3	4	5
				認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	医療保険	保険の種類		保険の記号番号					
障がいの程度	障がい者手帳	有・無 (等級 級)	福祉医療受給者番号						
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 自宅以外の方はその名称 ()								
身元引受人	ふりがな		性別	生年月日;					
	介護者名		男・女	入居者本人との続柄;					
	住 所								
	電話番号	携帯電話							
連絡先	ふりがな		性別	生年月日					
	介護者名		男・女	入居者本人との続柄;					
	住 所								
	電話番号	携帯電話							
入居希望等 (例えば、住宅型、介護付、入居時期等)									