

入居申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ		男	明・大・昭
入居希望者 氏名★	様	女	年 月 日 (歳)
介護度 区分★	要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5 申請中・申請予定・他()	認定 期間	年 月 日 ～ 年 月 日
ご自宅 住所★	〒	TEL ★	自宅； 緊急：
現在の 居場所★	<input type="checkbox"/> 病院・福祉施設・老人保健施設（名称） <input type="checkbox"/> 自宅（独居・家族と同居） <input type="checkbox"/> 子供や親戚の家 <input type="checkbox"/> 他 （ ）		
入居者様 同意の有無	<input type="checkbox"/> 当ホームへの入居に同意している。 <input type="checkbox"/> まだ同意はしていない（理由等）		
体験入居の 申込	<input type="checkbox"/> 体験入居を申し込みます。（最大2泊3日） 期間： 年 月 日 時頃入所～ 年 月 日 時頃退所		
入居時期 待機期間	<input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい（可能な待機期間） <input type="checkbox"/> いますぐではない（入居希望時期 概ね 年 月 日頃）		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当ホームのみ申込をしている。 <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる又は申し込む予定（施設名）		
ご家族以外で 入居者様の状 況がわかる方	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー（事業所名 氏名） <input type="checkbox"/> 施設担当者（事業所名 氏名） <input type="checkbox"/> 病院（相談員等）（病院名 氏名）		
特記事項	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 生活保護申請中もしくは申請予定 他：		

申込者 基本情報★ （身元引受人）	フリガナ 氏名 _____ 様（続柄 _____） TEL _____ ※連絡のとれる番号をお書きください。 連絡時間帯の指定：平日（午前・午後）、休日（午前・午後）、いつでもよい 住所 〒 _____
-------------------------	---

入居申込を承った後、入居予定者様の入居前調査を経てご入居となります。入居希望者様の状況によっては、ご入居をお断りせざるを得ない場合もございます。予めご了承ください。