

施設入居申込書

(有料老人ホーム)

FAX送信先 0233-29-4316

株式会社ライフ 宛

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな					性別	男 ・ 女	生年月日				
	氏名							大・昭 年 月 日 (歳)				
	住所	〒 -						(TEL) (携帯)				
被保険者番号						要介護度		1	2	3	4	5
保険者番号						保険者名						
初回要介護認定年月日						記入不要		認定の有効期間		年 月 日~ 年 月 日		
居宅支援事業所及び担当ケアマネージャー												

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。
介護保険証の内容はわかる範囲で構いませんが、要介護度項目は必須です。

申込者	住所	〒 -				入所希望者との続柄	(TEL) (携帯)				
	ふりがな										
	氏名										
連絡先	住所	〒 -				入所希望者との続柄	(TEL) (携帯)				
	ふりがな										
	氏名										

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

特記事項	病気・必要な医療処置等
------	-------------

入居希望施設	<input type="checkbox"/> ライフ 希望
	<input type="checkbox"/> セカンドライフ希望
	<input type="checkbox"/> マイライフ希望
	<input type="checkbox"/> どこでも可 (空いた施設からご案内いたします)