

サフィールあまいけ 入居申込書

施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

申込者 (連絡者)	氏名	〒 - 住所
	電話 ()	携帯 ()

入居 予定 者	フリガナ		性別	保 険 者	
	氏 名		男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		要介護状態区分	要介護 (1・2・3・4・5)
	現住所			要介護判定 有効期間	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	障害者手帳	身障	級 種 (障害名:)		
	療 育	A1・A2・B1・B2		精 神	級
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名:)			
	希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい			
主介 護 者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏 名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月
	御 職 業				
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()			
同 居 家 族	氏 名		年 齢	本人との関係	
	氏 名		年 齢	本人との関係	
	氏 名		年 齢	本人との関係	
	氏 名		年 齢	本人との関係	
入居 希 望 理 由					

受付印