

# サフィール大垣 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	年 月 日から 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