

様式1 (入居申込関連)

サービス付き高齢者向け住宅「堀川みなみ」入居申込書

本申込書に不正または誤りの記載があるときは、申込を無効とされても何ら異議申し立ては致しません。

申込 人	(ふりがな) お名前	〒 -	申込日	平成 年 月 日	電話番号	(自宅) - - (携帯) - -	入居希望者 との続柄	
	住所	〒 -		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	生年月日	〒 -		性別	男・女			

入居 希望 者 の 状 況	(ふりがな) お名前	〒 -	電話番号	(自宅) - - (携帯) - -	配偶者	有・無	
	住所	〒 -		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女
	収入の種類	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 動産(配当等) <input type="checkbox"/> 不動産(家賃収入等) <input type="checkbox"/> その他		お支払い	<input type="checkbox"/> 本人全額負担 <input type="checkbox"/> 一部親族負担 <input type="checkbox"/> 全額親族負担		
	身元引受人 (緊急連絡先)	(ふりがな) お名前			入居希望者 との続柄		
	連帯保証人	(ふりがな) お名前			入居希望者 との続柄		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 <input type="checkbox"/> 申請中					
	居宅介護支 援事業所名			担当ケアマ ネージャー	(氏名) (電話) - -		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 好 <input type="checkbox"/> 治療中(病名:)		かかりつけ の医療機関	(病院名) (担当医)		
	介護サービ ス利用状況	※下記のうち、 <u>現在1か月に1回以上利用しているサービス</u> に"☑"をつけてください <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他()					
	本人の 入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解が困難					
	入居希望日	平成 年 月 頃					
	特記事項						

(注意事項)1. 本申込書の提出により、入居が確定されるものではありません

2. 記入いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき、入居目的以外に使用いたしません

サービス付き高齢者向け住宅 堀川みなみ 入居準備室

■電 話 076-464-3735 【受付時間】9:00~18:00 (月~金曜日)

■FAX 076-464-3730 【受付時間】24時間 (年中無休)

記入例

様式1 (入居申込関連)

サービス付き高齢者向け住宅「堀川みなみ」入居申込書

本申込書に不正または誤りの記載があるときは、申込を無効とされても何ら異議申し立ては致しません。

		申込日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
申込 人	(ふりがな)	お名前	電話番号	(自宅) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
		とやま じろう 富山 次郎 富		
	住所	〒 000 - 0000 富山県富山市富山町1-2-3		入居希望者 との続柄
生年月日	明治・大正・ 昭和 ・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)		性別	男 ・女

入居 希望者 の 状 況	(ふりがな)	お名前	電話番号	(自宅) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
		とやま たろう 富山 太郎			
	住所	〒 000 - 0000 富山県富山市富山町1-2-3		配偶者	有・ 無
	生年月日	明治・大正・ 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)		性別	男 ・女
	収入の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 動産(配当等) <input type="checkbox"/> 不動産(家賃収入等) <input type="checkbox"/> その他	お支払い	<input checked="" type="checkbox"/> 本人全額負担 <input type="checkbox"/> 一部親族負担 <input type="checkbox"/> 全額親族負担	
	身元引受人 (緊急連絡先)	(ふりがな) お名前	とやま はなこ 富山 花子	入居希望者 との続柄	長女
	連帯保証人	(ふりがな) お名前	とやま じろう 富山 次郎	入居希望者 との続柄	長男
	要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input checked="" type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 <input type="checkbox"/> 申請中			
	居宅介護支 援事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	担当ケアマ ネージャー	(氏名) 〇〇 〇〇 (電話) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 好 <input type="checkbox"/> 治療中(病名:)	かかりつけ の医療機関	(病院名) 〇〇病院 (担当医) 〇〇 〇〇	
	介護サービ ス利用状況	※下記のうち、 <u>現在1か月に1回以上利用しているサービス</u> に"☑"をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他()			
	本人の 入居意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解が困難			
	入居希望日	平成〇〇年〇〇月頃			
	特記事項				

(注意事項) 1. 本申込書の提出により、入居が確定されるものではありません

2. 記入いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき、入居目的以外に使用いたしません

サービス付き高齢者向け住宅 堀川みなみ 入居準備室

■電 話 076-464-3735 【受付時間】 9:00~18:00 (月~金曜日)

■FAX 076-464-3730 【受付時間】 24時間 (年中無休)