

有料老人ホーム メディカルガーデン松阪 入居申込書（仮）

年 月 日

申込者（記入者） 氏 名 _____

入居者との関係 _____

住 所 _____

電話番号 _____

住宅型有料老人ホーム メディカルガーデン松阪への入居を申し込みます。

◆ 入居者様

氏 名：	性別：	生年月日：
住 所：		
現 況： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設利用中（施設名 _____）		
入居時期： できるだけ早く ・ 在宅が困難になったとき その他（ _____ ）		

◆ 身元引受人様

氏 名：	入居希望者との続柄：
住 所：	
電 話： （携帯） _____	（自宅） _____

◆ 他の連絡先（申込者様、身元引受人様以外への連絡を希望する場合）

氏 名：	入居希望者との続柄：
住 所：	
電 話： （携帯） _____	（自宅） _____

◆ 介護保険等

要介護区分： <input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
居宅介護支援事業所：
ケアマネージャー： _____ 様
かかりつけ医：