

地域密着型特別養護老人ホーム ことぶき苑 入居申込書

地域密着型特別養護老人ホーム ことぶき苑

管 理 者 古川 哲広 様

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付No				

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者	ふりがな						性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	明・大・昭						
	氏 名									年	月	日	(歳)		
	住 所	〒 ー								(TEL)						
被保険者番号									要介護度		1	2	3	4	5	
保険者番号							保険者名									
要介護 認定年月日		年 月 日					認定の 有効期間		～	年 月 日						

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

年金の受給状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 額 約	円
---------	---	-------	---

申 込 者 (身元引受人)	住 所	〒 ー					(TEL)					
	ふりがな						入居希望者 との続柄					
	氏 名											
連 絡 先 (上記以外)	住 所	〒 ー					(TEL)					
	ふりがな						入居希望者 との続柄					
	氏 名											

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入下さい。

<h2 style="margin: 0;">同 意 書</h2> <p style="margin: 5px 0;">介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、青森県または県内市町村から申請があった場合は、この入居申込書の内容を情報提供することに同意します。</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">令和 年 月 日 入居申込者 氏 名 印</p>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

