|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 |  |  |  |  | 受付 |
|  |  |  |  |  |

**入　居　申　込　書**

有料老人ホームだんらん

管理者　大石　純司　様

　有料老人ホームだんらんを利用したいので申し込みます。　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ㊞　　　性　別　　　男・女 | | | | | |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和　　　　　　　　　年　　月　　日　（　　　歳） | | | | | |
| 入居者住所 | |  | | | | | |
| 連絡先 | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | |
| 部屋の希望 | | タイプＡ（単身・二人）　・　タイプＢ　（希望の居室　　　　　号室） | | | | | |
| 家族の状況 | 続柄 |  | | 生年月日 | 現　住　所 | | 電話番号 |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 身元  保証人 |  |  | |  |  | |  |
| 当施設を知ったきっかけを教えて下さい | | （　　～から紹介されたなど記入してください）    ホームページ　（　見た　・　見ない　） | | | | | |
| 申込理由 | | (　家族と同居できない理由や、体の状態などを記入してください　) | | | | | |
| 病名 | |  | | | | | |
| かかりつけ医 | |  | | | | | |
| 介護度 | | （担当ケアマネージャー：　　　　　　　） | | | | | |
| 年間収入 | |  | | | | | |
| 入居判定 | | 可 ・ 不可 | 判定日　　　年　　月　　日 | | | 判定者： | |
| 特記： | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | |

　　　　　　　　　　　様式番号