

入居申込書

介護付有料老人ホーム
さかえグリーンハート美術館通り

※ 太枠内をご記入の上、ご提出願います。

お申込み日	年 月 日	No.
ご希望の居室種別 ※番号に○印を付けて下さい	1. 介護居室	2. 一般居室
	介護等のサービスが付いた居住施設で、介護保険の要支援・要介護認定を受けた方は、特定施設入居者生活介護を利用しながら居室での生活が継続できます。	生活支援等のサービスが付いた居住施設で、まだ介護が必要でない方の生活に適しています。介護が必要になった場合でも、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら居室での生活が継続できます。
※ 空室状況や健康状態により、ご希望通りの居室をご用意できない場合がございます。		
入居ご予約者様氏名	フリガナ	男・女 生年月日 明治大正昭和 年 月 日 (歳)
住 所 (介護保険証の住所)		
要支援・要介護認定の状況	要支援 1・2 申請中 未認定 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
現在の介護サービスのご利用状況	1. 自宅で居宅サービスを利用している (居宅介護支援事業所名:) 2. 病院・老人保健施設・老人ホーム等に入院・入所している (施設名:) 3. その他 ()	
ご本人様の状態および入居ご希望理由		
身元引受人様氏名	フリガナ	続柄
住 所		
電 話 番 号	携帯電話	
入居ご予約者様もしくは身元引受人様のご署名 ご芳名:		印

※ ご入居者様又は身元引受人様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報を本入居目的以外に使用することは一切ございません。

※ 本申込書の提出がご入居の決定ではございません。本申込書はご入居決定の為に必要な書類の一つになります。

※ お申し込み後に状況の変化(キャンセル、連絡先の変更等)があった場合には、下記までご連絡ください。

さかえグリーンハート美術館通り TEL. 024-956-5777

※施設記入欄

面談予定日	契約予定日	入居予定日
年 月 日 :	年 月 日 :	年 月 日 :
(備考)		