

入居申込書					
お申込日	令和 年 月 日	受付担当者：			
ご入居者様					
ふりがな		性別	生年月日・年齢		
お名前	様 ㊟	男・女	<input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生	歳	
ご住所	〒 連絡先： ()				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他				
要介護度	<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 <input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 申請中				
居宅介護 支援事業所	(担当ケアマネージャー)				
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 1ヵ月あたりの合計額：約 円				
身障者手帳 の有無	<input type="checkbox"/> あり (部位 / 級) <input type="checkbox"/> なし				
入居ご希望日	年 月 日	備考：			
ご親族・身元引受人様					
お名前	ご住所			備考	
かな	〒			<input type="checkbox"/> 利用料等支払者 <input type="checkbox"/> 返還金受取人	
続柄 ()	電話： () 携帯： ()				
お名前	ご住所			備考	
かな	〒			<input type="checkbox"/> 利用料等支払者 <input type="checkbox"/> 返還金受取人	
続柄 ()	電話： () 携帯： ()				
生活状況	家族状況	家族の名前	続柄	同居/別居	現在利用しているサービス
お申込み代理者					
お申込者が 事業者のみ	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・社協・特養・老健・病院 有料老人ホーム・ケアハウス・その他 ()				
ふりがな				性別	
お名前	ご入居様との続柄 () ㊟			男・女	
ご住所	〒 連絡先				

※ご記入に際してご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

連絡先：サービス付き高齢者向け住宅 出石グランドホテル TEL: 0796-52-0223