

社会福祉法人平元会・医療法人柏葉会 施設入居申込書

(正寿園 寿幸園 カトレア なごみ 介護療養型施設白取医院)

申込日 年 月 日
 受付者 _____

入居希望者	ふりがな			性別	男・女	生年月日				
	氏名					大・昭 年 月 日				
	住所	〒 _____ _____ ☎ ()								
	被保険者番号			介護度	1	2	3	4	5	申請中
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
	担当ケアマネ	所属事業所：				氏名：				
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (<input type="checkbox"/> 一人暮らし / <input type="checkbox"/> 家族 () と同居) <input type="checkbox"/> 施設・病院で暮らしている 施設・病院名 () 入所・入院日 平成 年 月 日								
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他 (その理由)								
	他施設申込状況	① _____			② _____			③ _____		

身元保証人1	住所	〒 _____								
	氏名					続柄				
	自宅電話					携帯電話				
身元保証人2	住所	〒 _____								
	氏名					続柄				
	自宅電話					携帯電話				

(裏面も記入願います)

