

# 入居申込書

入居申込日	年 月 日	受付者名	
-------	-------	------	--

入居希望者	フリガナ				印
	氏名				
	連絡先	〒 - TEL - -			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別 (男・女)	
	介護保険証	要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5	申請中 ( 年 月 日 申請)		
	介護保険自己負担	1割負担 ・ 2割負担	年金収入 (1カ月)	万	

身元等引受人 (保証人)	フリガナ				印
	氏名				
	連絡先	〒 - TEL - -			
	性別	(男 ・ 女)	入居者との続柄		
	勤務先	会社名			
		TEL			
勤務年数		年 カ月	税込年収	万	

申込者等の第三者	氏名			
	住所			
	連絡先			
	入居者との間柄	成年後見人・知人・ケアマネジャー・生活相談員 具体的に ( )		

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 介護者不在・負担 <input type="checkbox"/> 退院後の在宅生活困難 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的に)

本社記入欄	
-------	--