

地域密着型特定施設はるすの郷・神野々 予約申込書

私は、下記のとおり地域密着型特定施設への入居を希望しますので、入居予約申込みをします。

令和 年 月 日

受付日	令和 年 月 日	受付担当者	受付番号

申込者	フリガナ		続柄
	氏名 (利用者代理人)		
	現住所	〒	
	電話番号	(携帯)	
	連絡先・時間指定等		

入居ご希望者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名			大正・昭和 年 月 日	歳
	現住所	〒			
	電話番号				
	介護支援事業所名	電話番号			
		介護支援専門員名			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設・病院 (名称) () <input type="checkbox"/> 現在受けている () サービス内容 () ()			
介護保険被保険者番号		要介護区分	要介護1・2・3・4・5		

入居希望時期	令和 年 月 日ごろ
--------	------------

※この予約申込書は、仮の申込書であるためご本人、ご家族の意思決定に基づき再度、本申込を頂くこととなっております。

《TEL 0736-39-7707 FAX 0736-39-7708》