

住宅型有料老人ホームこころはす小針 入居申込書

○入居希望者

記入日:平成 年 月 日

ふりがな			性別	男 ・ 女	
お名前			〔生年月日〕 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒				
	住居形態	持ち家 ・ 賃貸住宅 ・ その他 ()			
ご連絡先	〔自宅電話〕			〔携帯〕	
	〔連絡方法〕 自宅電話 ・ 携帯		〔対応可能時間〕		
介護保険情報	認定なし ・ 申請中 ・ 要支援1 ・ 2 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	○被保険者番号 :		○整理番号 :		
	○認定日 : 平成 年 月 日				
	○有効期限 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	○介護保険負担割合証 : 利用者負担の割合 割				
医療保険情報 ※該当するものに記入して下さい。	○前期高齢者医療被保険者証 : 被保険者番号			一部負担割合	割
	○後期高齢者医療被保険者証 : 被保険者番号			一部負担割合	割
	○特定疾患医療受給者証 : 公費負担者番号				
	公費負担医療の受給者番号				
	○重度心身障がい者医療費助成受給者証 : 公費負担者番号				
			: 受給者番号		
年金種類	国民 ・ 厚生 ・ 障害 ・ 遺族 ・ 共済 ・ その他			〔月額〕 約	円

※裏面もあります

○連帯保証人 1

ふりがな			続柄	性別	男 ・ 女	
お名前				〔生年月日〕 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）		
ご住所	〒					
	住居形態	持ち家 ・ 賃貸住宅 ・ その他（ ）				
ご連絡先	〔自宅電話〕			〔携帯〕		
	〔連絡方法〕 自宅電話 ・ 携帯		〔対応可能時間〕			
勤務先	自営業 ・ 会社員 ・ 公務員 ・ その他（ ）			〔名称〕		
	住所 〒			〔電話番号〕		
				〔年収〕 約 円		

□同居又はお近くにお住まいの方で連絡可能な方

お名前	続柄	生年月日	住所	電話番号	職業

○連帯保証人 2

ふりがな			続柄	性別	男 ・ 女	
お名前				〔生年月日〕 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳）		
ご住所	〒					
	住居形態	持ち家 ・ 賃貸住宅 ・ その他（ ）				
ご連絡先	〔自宅電話〕			〔携帯〕		
	〔連絡方法〕 自宅電話 ・ 携帯		〔対応可能時間〕			
勤務先	自営業 ・ 会社員 ・ 公務員 ・ その他（ ）			〔名称〕		
	住所 〒			〔電話番号〕		
				〔年収〕 約 円		

□同居又はお近くにお住まいの方で連絡可能な方

お名前	続柄	生年月日	住所	電話番号	職業