


**医療法人社団医新会 サービス付き高齢者向け住宅 入居申込書**

申込者

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	----- 		続柄
住所	〒 ー		
連絡先	自宅	携帯	

入居希望者

ふりがな 氏名	----- 		性別
住所	〒 ー		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
現在の収入	1、年金 ( 国民年金・厚生年金・共済年金 ) 2、給与 3、その他 ( )		
介護保険申請	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
	被保険者番号	保険者番号	
	有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
居宅介護 支援事業所	事業所名 担当ケアマネージャー 連絡先		
健康状態	良好	<input type="checkbox"/> アレルギー 無 ・ 有 (薬物 ) (食物 )	
		<input type="checkbox"/> 感染症 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 認知症 無 ・ 有 ( )	
	治療中	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素	
		病院名 :	担当医名 :
疾患名・既往歴			
現在入所・ 入院中の施設	名称 担当ソーシャルワーカー 連絡先		

身元保証人

ふりがな 氏名	----- 		続柄
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 ー		
連絡先	自宅	携帯	
勤務先	名称	電話	

※ 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法律を遵守いたします。

※ 本申込書の提出が入居の決定ではございません。

**受付・問合せ先 ☎:0494-26-7460 FAX:0494-26-7461** ※FAXでの申込も可能です。