

## かのこヒルズ 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

申し込み者	ふりがな				生年月日	続柄	
	氏名	Ⓜ 男・女			T・S・H 年 月 日		
	住所	〒					
	TEL	( )	携帯	( )	連絡の 取りやすい 時間帯		
	Eメール						
入居希望者	ふりがな				生年月日	同居者	
	氏名	Ⓜ 男・女			M・T・S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
	住所	〒					
	TEL	( )	携帯	( )	連絡の 取りやすい 時間帯		
ご希望のお部屋タイプ		第一希望	タイプ		第二希望	タイプ	
入居時期の希望	<input type="checkbox"/> すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 何ヶ月か先に入居したい <input type="checkbox"/> 何年か先に入居したい						
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中						
認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日		介護保険負担割合	割
家族	家族氏名	続柄	住所		電話番号	年齢	
			〒		( )	歳	
			〒		( )	歳	
			〒		( )	歳	
担当ケアマネ				事業所名			
				TEL	( )	FAX	( )
ご利用中の介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養型介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問入浴						
<input type="checkbox"/> 退院・退所準備	〒			TEL	( )		
				FAX	( )		
<input type="checkbox"/> 入院・入所中	病院または施設名			退院・退所 予定日			
主治医	科			病院名			
	医師名			TEL	( )	FAX	( )
既往歴							