

サービス付き高齢者向け住宅 サポートテラス開明

入居申込書

FAX 0586-44-0294

お申込日	年 月 日	希望入居日	年 月 日
------	-------	-------	-------

ご入居予定者様

フリガナ ご氏名		男 女	生年月日 年 月 日	年 月 日
介護保険証 の住所				
要介護度		介護保険負担割合	割	
認定有効期間	平成	年 月 日	～	平成 年 月 日

身元引受人様

フリガナ ご氏名		続柄		備考	
ご住所	〒				
ご連絡先	ご自宅 TEL 時 ~ 時				
	勤務先 TEL 時 ~ 時				
	携帯 TEL 時 ~ 時				

介護支援専門員・主治医・施設等のご担当者連絡先

入居予定者様の以前の状況がわかる方

連絡先

ご氏名		続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	ご自宅 TEL 時 ~ 時		
	勤務先 TEL 時 ~ 時		
	携帯 TEL 時 ~ 時		