

入居申込書

令和 年 月 日

ケアハウス ビハーラ横手 施設長様
(特定施設入所者生活介護事業所)
(介護予防特定施設入所者生活介護事業所)

社会福祉法人相和会が設置経営する「ケアハウス ビハーラ横手」に入居したいので、施設が定める諸規定を承知して申し込みます。

入居を申し込みするにあたり「ケアハウス ビハーラ横手」が必要とする情報を担当介護支援専門員等が提供する事に同意します。

入居希望者 氏名 印

申し込み者 住所

氏名 印

電話番号 ()

入居希望者との関係 _____

入居希望者の状況は下記のとおりです。

記

ふりがな		男	生年月日
入居希望者氏名		女	大 昭 年 月 日
ふりがな			電話番号 ()
現住所			
本籍地	都・道・府・県		市・郡・町・村
介護保険	被保険者番号		
	要介護度	自立 要支援1 要支援2 介護度1 介護度2 介護度3	
	認定日	平成 年 月 日	
	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	
	居室介護支援事業所名		
	担当ケアマネジャー氏名		

◎「介護保険被保険者証」の写しを添付願います。

主な職歴	
入居利用料等 軽費支払い内容	1、全額本人負担 2、一部縁故者 3、全額縁故者
	上記 2、3、に○印の場合のみご記入下さい。
	縁故者の氏名 続柄 職業
	縁故者の住所 電話
	本人の収入(年金等) 種別 年額 約 万円
他施設申込状況	

家族の状況 (近親者)	氏名	続柄	年齢	住所	職業	同/別居の別

身元保証人

(第一順位者)

ふりがな		続柄		職業	
身元保証人氏名					
ふりがな					
住所	〒				
	電話番号			携帯番号	

(第二順位者)

ふりがな		続柄		職業	
身元保証人氏名					
ふりがな					
住所	〒				
	電話番号			携帯番号	

入居を希望される理由

(施設記入欄)

NO.

受付年月日	令和 年 月 日	受付者名	印
-------	----------	------	---