

FAX 04-7142-7183

ユノレメゾンかしわ 仮入居申込書

| | | | | | |
|--|----------------------|--|---|------|--|
| 申込日 | 平成 年 月 日 | | | | |
| 申込者 | ふりがな | 入居希望者との続柄 | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話 | | 携帯電話 | | |
| | FAX | | | | |
| 入居希望者 | ふりがな | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話 | | | | |
| | 現況 | 一人暮らし・同居・病院(病院名)・施設(施設名) | | | |
| | 要介護認定結果 | 無・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中 | | | |
| | 認知症 | 有・無 | | | |
| | 現在利用中の介護サービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護(週に 回/1回当たり 時間) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ・通所介護(デイケア・デイサービス) (週に 回) / <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入(お使いの福祉用具:) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(例:訪問リハビリテーション等:) | | | | | |
| | 現在のかかりつけ医 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒(医療機関名:) | | | |
| 入居希望日 | 平成 年 月 日(初旬・中旬・下旬) | | | | |
| 身元保証人 | ふりがな | 入居希望者との続柄 | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |
| | 電話 | | 携帯電話 | | |
| | FAX | | | | |
| ご入居の理由 | ご相談等がございましたらご記入ください。 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

※ご記入いただきました個人情報は、仮入居申し込みに関わる手続き業務・お申込者様へのご連絡・確認以外には使用いたしません。