

フリガナ 氏名	男・女	明治 大正 昭和 年 月 日生 (歳)
〒 - 住所	自宅 () -	
フリガナ 連絡人氏名	続柄 ()	
〒 - 住所		
連絡先	自宅 () -	FAX () -
	勤務先 () -	携帯 () -
1 医療保険の種類	社会 国保 組合 共済	
2 介護保険	保険者市町村名 () 被保険者No.	
3 要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中	
4 現在の状況	① 自宅 ② 入院中 (医療機関名:) ③ 施設入所中 (施設名:)	
5 利用中、または過去に利用したサービス内容	老人保健施設 (施設名:) 短期入所 (主な利用施設名:) 通所サービス (施設名: 回/週) 訪問サービス 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問入浴 ・ 訪問リハビリ その他のサービス ()	
6 担当ケアマネージャー	事業所名 () 氏名 () 連絡先 () -	
以上、入居の申し込みをいたします		
身元引受人	フリガナ 氏名	令和 年 月 日 印 続柄 ()
〒 - 住所	連絡先 () - 携帯番号 -	
株式会社銀乃扇 介護付き有料老人ホーム ケアビレッジ銀乃扇施設長殿		

※入居申し込み後、入居予定の方の情報を CM や医療機関、施設等から提供いただく場合がございます。あらかじめご了承ください。

入居申し込み備考欄（特に申し添えたいこと、ご意見・ご要望があればご自由にお書きください）

*現在のお身体の状態等は、事前面接等でも詳しくお伺いいたしますが、特に注意が必要なアレルギー等については、一言お書き添え頂けると幸いです。

ケアビレッジ銀乃扇 使用欄

1 入居受付日 令和 年 月 日 担当者（ ）

2 事前面接日時 令和 年 月 日 午前・午後 : ~

3 面接場所 自宅 その他（ ）

4 面接同伴者 ご家族・身元引受人（ ）

 ケアマネージャー 病院・施設関係者等（ ）

5 入居の決定 入居 可 ・ 否

 決定日 令和 年 月 日

 入居日 令和 年 月 日 午前・午後 :

その他、入居決定理由等備考欄