

入居申込書

【お申込者】

ご住所	〒 -		
お名前	(印)	続柄	
電話番号	(携帯電話 / - -)		
連絡先	(電話番号 / - -)		

【入居希望者】

ふりがな			性別	男性 ・ 女性
お名前	(印)			
生年月日	大・昭	年	月	日 (歳)
ご住所	〒 -			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦だけの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅または自宅以外で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設または病院を利用中(利用施設名 /)			
入居希望時期	年	月頃	同居人	有() ・ 無
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援[1・2] <input type="checkbox"/> 要介護[1・2・3・4・5]			
	保 険 者	市・町		
	居宅介護支援事業所			
	担当ケアマネージャー			

お申込みはFAXまたは郵送でお願いします。

FAX番号 0897-43-1078

〒792-0852 愛媛県新居浜市東田1丁目甲1243-1 TEL.0897-43-1077