

ナーシングホームとうはら ほしぞら 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

入居希望時期	令和 年 月頃	（ 具体的なご希望がありましたらご記入ください ）
--------	---------	---------------------------

入居者	ふりがな	〒			
	ご住所	〒			
	ふりがな		生年月日		介護度
	ご氏名		年 月 日(歳)		
	介護保険被保険者番号		保険者		
	保険料負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		有効期間	
	障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	種類() 等級()	健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他()	

情報関係	居宅介護支援事業所名称		所在地(市町村)
	担当ケアマネ		
	病院名		担当MSW
	備考		
	※こちらは、職員にて記載いたします。		

申込者	ふりがな	〒			
	ご住所	〒			
	ふりがな		生年月日		
	ご氏名		年 月 日(歳)		
	電話番号	— —	携帯番号	— —	
	メールアドレス				
勤務先等	名称	電話番号		— —	
	所在地				

※メールアドレスは、ご入居後必要となります。