

入居申込書

ご入居者	ふりがな				性別	生 年 月 日	大正 昭和	年	月	日		
	氏名				男 女							
	自宅	住所	〒 _____									
		TEL		携帯		FAX						
	介護保険者証記載の住所	〒 _____ ※上記住所と相違の場合に記入お願い致します										
	介護認定	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請、区分変更中										
現在のご生活場所	自宅(独居・同居) 病院(病院名 _____)・施設(施設名 _____) その他 _____											
身元引受人	ふりがな				性別	続柄	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	
	氏名				男・女							
	自宅	住所	〒 _____			メールアドレス		_____@_____				
		TEL		携帯		FAX						
	勤務先	会社名						TEL				
		住所						部署		役職		
身元引受人2	ふりがな				性別	続柄	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	
	氏名				男・女							
	自宅	住所	〒 _____			メールアドレス		_____@_____				
		TEL		携帯		FAX						
	勤務先	会社名						TEL				
		住所						部署		役職		

ご入居希望時期	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く入居したい <input type="checkbox"/> 2. いずれ入居したい		平成 年 月 頃	お申込みからご契約まで「入居申込書」にご記入頂いた個人情報は、弊社及び予め弊社との間で機密保持契約を締結している関連機関、業務提携先において、当該施設、住宅入居審査、サービスのご紹介等で利用させて頂くことがございます。尚、個人情報は法令及び当社内部規定に基づき適切に管理致します。

- ・お申込みには一切のご費用はかかりません。
- ・お申し込みをもってご指定のお部屋を確保させていただきます。
- ※ご希望の居室が満室の場合は、空き室予約を承っております。お部屋が空いた時点でご連絡させていただきます。
- ・待機中に、心身の状態などが著しく変化した場合には、ご連絡をいただきますようお願いいたします。
- ・必要書類 ご契約まで 診断書 負担割合証 診療情報提供書(当施設での提携医療機関で往診希望の場合のみ必要)
ご入居まで 看護サマリー(入院中の方 入居迄に必要となります)

(本社)
 〒261-8501 千葉市美浜区中瀬1-3 幕張テクノガーデンD棟14階 (株)ヘルシーサービス
 TEL:043-274-5995 FAX:043-274-5997

担当者	見学日	申込日	入金日	
	/	/	/	
入金確認日	契約日	入居日		
	/	/	/	