

住宅型有料老人ホーム サクラスタイル 入居申込書

サクラスタイルに入居を希望し次の通り申込をします。

施設担当者または紹介会社様名と担当者様名： _____

お申込者情報（ご家族等）郵便物などはこちらの連絡先にお送りさせていただきます。	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
氏 名	入居希望者様との関係 ()
連絡先	電話 () : 携帯電話番号 ()

ご本人情報		ケアマネージャー 有・無
フリガナ		ありの場合事業所名と担当者名
氏 名		
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 (年齢 歳)	
性 別	1.男 2.女	電話番号 ()
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
要介護度	※入居要件は原則要介護3以上の認定が必要となります。	
生保有無	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中・不明/ 生保 有・無	
入居希望時期	1. すぐ入居したい 2. () 月頃入居したい 入居の理由をお聞かせください：	
待機場所	1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院・診療所 4. 養護老人ホーム 5. その他 () ※2～5の場合 施設名称 ()	

