

予約申込書

予約申込書にて申込、面接の後、入居審査を行わせていただきます

別紙記録A

| | | | | | | |
|---------------|--|-------------|-------------|----------|----|---|
| | | 申込日 | | 年 | 月 | 日 |
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | |
| 入居希望者氏名 | | | | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | | | | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | | | | |
| 本籍 地番 | | | | | | |
| 現在の状況 | 1. 在宅 2. 病院 (名称:) 3. 施設 (名称:) 4. その他 () | | | | | |
| 食事 | 1. 経管 (胃瘻・経鼻・他) 2. 経口 (詳細) | | | | | |
| オムツ | 1. 使用 2. 未使用 | | | | | |
| 特養申込状況 | 1. 申込済 (名称:) 2. 未申込 | | | | | |
| 保険の種類 | 国保・社保・生保 保険者番号()記号・番号() 老人医療 市町村番号()記号・番号() | | | | | |
| 介護保険の種類 | 申請中・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 被保険者番号() 認定年月日 (年 月 日) 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 介護保険負担限度額認定証 (申請中・無・有) | | | | | |
| 身体障害者手帳 | 無・有 (障害名:) 種 級 番号() 交付年月日 (年 月 日) | | | | | |
| 診療情報提供書 | 1. 添付可能 (医療機関にて記入) 2. 不可能 (分る範囲で持病等ご記入ください) | | | | | |
| 日々の状況 | 1. お知らせする 2. お知らせしない ※お知らせサービスは値引きの方は対象外となります。 半年に一度の頻度で、ほのぼのメールをお届けいたします。 | | | | | |
| 同居家族 | 氏名 | | | 年齢 | 続柄 | |
| | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | |
| 氏名 | 年齢 | 住所 | 電話番号 | 勤務先・携帯 | 続柄 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 福祉事務所・施設担当者氏名 | 所属名称・部署名 | | 連絡先・住所、電話番号 | | | |
| | | | 〒(-) | | | |
| | | | ☎ FAX | | | |

※ご提供頂いた個人情報、入居手続きなどの目的に特定して利用させていただきます。それ以外に同意なく第...
情報を開示することはありません。



- 048-523-0013 (熊谷)
- 029-836-7762 (つくば)

FAX

- 03-5838-2070 (足立)
- 03-5647-3500 (箆綾)
- 0270-75-2862 (伊勢崎)