

「サンハイツ酒田」入所申込書

写 真

1年以内のもの
(3.0 cm×2.4cm)

年 月 日

利 用 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日 (歳)			性 別	男・女	
	住 所 〒 ()		TEL ()				
配 偶 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日 (歳)					
<申込み理由>							
収 入	年金・恩給 その他の (年額)	() 年金 円	() 年金 円	() 年金 円			
	給与等・不動産 その他の収入 (年額)	給 与 等 円	不動産 (家賃収入等) 円	合 計 円			
利 用 料 の 負 担	2又は3の場合の親族 (負担者氏名)						
	1 全額本人負担	住 所 〒 () TEL ()					
	2 全額親族負担	(ふりがな) 氏 名 ⑩				本人との関係	
	3 一部親族負担	負担額 (月額) 円					
<生活歴>							

健康状態	通院中治療中 病名		病院名	
	病歴			
親族	氏名(ふりがな)	生年月日	本人との関係	住所：連絡先
				TEL
				TEL
身元保証人	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	男・女
		年 月 日 (歳)		
	住所〒 (-)	TEL ()	本人との関係	
元保証人	勤務先	名称	現在地	TEL ()
身元保証人	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	男・女
		年 月 日 (歳)		
	住所〒 (-)	TEL ()	本人との関係	
元保証人	勤務先	名称	現在地	TEL ()
介護保険	介護認定	未・非該当 要支援1・2 要介護1・2		
	担当居宅・包括		担当ケアマネジャー	
<備考>				