

『ケアプラス下手野 ____ 号』 入居申込書

記入日 年 月 日 現在

入居予定本人様	氏名	要介護度	生年月日	年齢
			年 月 日	歳

ご住所	〒	TEL

かかりつけ医 1	病院名・担当医名	TEL

かかりつけ医 2	病院名・担当医名	TEL

緊急連絡先 1	氏名	続柄	TEL

緊急連絡先 2	氏名	続柄	TEL

緊急連絡先 3	氏名	続柄	TEL

- ※ 本人様とともに入居に関する費用や入退去、入居中の諸対応など、そのすべてに責任を負います。
 ※ 現在、会社員や自営業、もしくはその他収入で、本人様支払額以上の収入のある方をお願いします。

連帯保証人様	氏名	続柄	生年月日	年齢
			年 月 日	歳

ご住所	〒	TEL

勤務先	会社名	支店・部署名等		
	住所	勤続年数	月収(年収)	年金
		年	約	万円

- ※ 連帯保証人様とともに入居中の諸対応、その他退去時には部屋内を空にするをお願いします。

身元引受人様	氏名	続柄	生年月日	年齢
			年 月 日	歳

ご住所	〒	TEL

勤務先	会社名	支店・部署名等		
	住所	勤続年数	月収(年収)	年金
		年	約	万円

- ※ 入退去および月々の費用に関する説明を受けて了承し、前払3万円を添えて入居の申込をします。
 (注) 本人様や申込人様都合のキャンセルの場合、前払3万円の返金はありません。

- ※ 入居申込書の提出後に、本人様との面談機会を設けさせていただきますので、ご協力をお願いします。
 (注) 本人様の同意がない場合や病状および身体的・精神的状況を考慮の結果、当施設での共同生活が難しい場合は前払3万円を返金のうえで、入居不可と判断させていただくことがあります。

- ※ 入居後の本人様の身体的、精神的状況によって、転居をお願いする可能性があることをご理解ください。
 (例) 認知症が暴言や暴力、威圧的になり、または常時の不潔な行動等によって共同生活を営むのが困難になった。
 (例) 常時の医療的な処置(注射、点滴、透析、胃ろう等)が必要となった。

記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 申込人様 _____