

テラシス桜花入居申込書

受付日： 平成 年 月 日

入居希望者氏名	ふりがな		(男性 ・ 女性)	
生 年 月 日	M ・ T ・ S	年 月 日	(歳)	
ご 本 人 住 所	〒 -			
現在の居場所	・自 宅 【ひとり暮らし ・ ご夫婦世帯 ・ その他】 ・病 院 【 】 月 日 より 入院中 入院の原因 () 退院期限 【H 年 月 日】 ・施 設 【 】 入所中 ・そ の 他 【 】			
ご 家 族 連 絡 先 (お問い合わせ先)	お名前	ふりがな	続柄 ()	
	ご 住 所			
	ご 連 絡 先	自宅電話	-	-
		携帯電話	-	-
		ご連絡可能な時間帯		
介 護 認 定	申請中 【申請日:平成 年 月 日】			
	区分変更中【申請日:平成 年 月 日】			
	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			
	介護保険 負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割			
	認定有効期間:平成 年 月 日～平成 年 月 日			
	担当 ケアマネジャー 【事業所名 : 氏名: 】			
かかりつけ病院	① 【 】	定期受診	有() ・ 無	
	② 【 】	定期受診	有() ・ 無	
	③ 【 】	定期受診	有() ・ 無	
特 記 事 項	入居希望時期 年 月頃			

施設長	入居担当	受付