

ナーシングホーム楓
サクラシア福島

入居申込書

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付対応者	

太枠内をご記入ください。（ご不明な点は職員へお声がけください。）

入居される方	ふりがな			性別	大・昭		
	氏名			男・女	生年月日	年 月 日 歳	
	住所	〒 -			電話番号	()	
	かかりつけ医	医療機関名			主治医名		
	ケアマネジャー	事業所名			担当者名		
	現在の居所	☐ 自宅で一人暮らし ☐ 自宅で家族と同居 ☐ 施設入居中 ☐ 入院中 ☐ その他					
		施設名又は病院名			入居又は入院時期		
	介護保険認定	☐ 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					
		☐ 申請中			申請日	年 月 日頃	
	介護保険負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割					
医療保険負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 ☐ 公費（月額自己負担上限 円）						
入居申込者	ふりがな			入居される方との続柄			
	氏名						
	住所	〒 -			電 話 番 号	自宅	()
						携帯電話	()
その他の連絡先	ふりがな			入居される方との続柄			
	氏名						
	住所	〒 -			電 話 番 号	自宅	()
						携帯電話	()

備考	
----	--

医療特化型有料老人ホーム ナーシングホーム楓 〒963-8047 福島県郡山市富田東5丁目192
 TEL：024-983-8660 FAX：024-983-8661
 サクラシア福島 〒960-0231 福島県福島市飯坂町平野上前田5-1
 TEL：024-572-7111 FAX：024-572-7131