

# アシステッド・ハウス 沼ノ端 入居申込書

入居 申込者	ふりがな			続柄	申込日	年 月 日
	氏名	(印)				
	住所	(〒 - )				
	電話番号			携帯番号		

入居 予定者	ふりがな					
	氏名	(印)				
	性別	男 ・ 女				
	生年月日	明治	年		月	日
		大正			(満 歳)	
		昭和				
	現住所	(〒 - )				
	電話番号					
	介護度有無	無し ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )				
	障害者手帳	障害手帳の 有 ・ 無 ( 種 級 )				
	障害部位 ( )					
健康状態	現在治療中の病気 有 ・ 無					
	(病名及び病院名)					
家族 連絡先 (身元 引受人)	ふりがな					
	氏名	(印)				
	続柄					
	生年月日	明治	年		月	日
		大正				
		昭和				
	現住所	(〒 - )				
電話番号①			電話番号②			
勤務先						

# アシステッド・ハウス 沼ノ端 入居申込書 (ご夫婦用)

入居 申込者	ふりがな		続柄		申込日	年 月 日
	氏名	(印)				
	住所	(〒 - )				
	電話番号		携帯番号			

入居 予定者	ふりがな		ふりがな			
	氏名	(印)	氏名	(印)		
	性別	男 ・ 女	性別	男 ・ 女		
	生年月日	明治 大正                      年    月    日 昭和                      (満      歳)	生年月日	明治 大正                      年    月    日 昭和                      (満      歳)		
	現住所	(〒 - )		現住所	(〒 - )	
	電話番号		電話番号			
	介護度有無	無し・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)		介護度有無	無し・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)	
	障害者手帳	障害手帳の 有・無 (      種      級) 障害部位 (                      )		障害者手帳	障害手帳の 有・無 (      種      級) 障害部位 (                      )	
	健康状態	現在治療中の病気 有・無 (病名及び病院名)		健康状態	現在治療中の病気 有・無 (病名及び病院名)	

家族 連絡先 (身元 引受人)	ふりがな		ふりがな			
	氏名	(印)	氏名	(印)		
	続柄		続柄			
	生年月日	大正 昭和                      年    月    日 平成	生年月日	大正 昭和                      年    月    日 平成		
	現住所	(〒 - )		現住所	(〒 - )	
	電話番号①		電話番号①			
	電話番号②		電話番号②			
	勤務先		勤務先			