

アザレアコートこうほうえん入居申込書（賃貸・特定）

様式番号:5CHZ-08201A

申込日 年 月 日

受付日: 年 月 日

担当者:

■入居希望者・同居希望者

| | | | | |
|-------|---|---|------|------------------------|
| 入居希望者 | (フリガナ) | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男女 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| | 現住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 携帯電話 | |
| 同居希望者 | (フリガナ) | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男女 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| | 入居希望者と異なる場合にご記入下さい | | | |
| | 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 携帯電話 | | |

■申込者（申込者と入居者が異なる場合にご記入下さい）

| | | | |
|--------|--------|---|-----------|
| 申込者連絡先 | (フリガナ) | | 入居希望者との続柄 |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 携帯電話 |

■希望居室（別紙 **住まいのエリア** 部屋の配置図をご覧ください）

| | |
|---------------|--------------|
| 希望居室: _____号室 | 入居希望日: 年 月 日 |
|---------------|--------------|

入居希望者／同居希望者の状況

| | | |
|--|---|------------------|
| 要介護認定を | <input type="checkbox"/> 受けていない | 該当の要介護度を○で囲んで下さい |
| | <input type="checkbox"/> 受けている（要支援1・2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5） | ← |
| ※ 健康状態や生活上の留意点等をご記入下さい。介護が必要な場合はその内容をお書き下さい。 | | |

■情報提供本人同意欄

私は、アザレアコートこうほうえんに入居を申し込むにあたり、貴施設が入居審査のため同居者、主治医、居宅介護支援事業者等に心身状況・ケアサービス内容等の情報提供を求めることに同意いたします。

入居希望代表者署名 _____

代理人署名 _____ (入居希望代表者署名が困難な場合のみ代理人署名にて有効とする)

※ 入居の可否につきましては、概ね2週間以内にご返事させていただきます。