中央バスグループ
サービス付き高齢者向け住宅
Myラシーク南郷

# 入居申込書　【居室№　　】

下記により入居申込をします。入居するのは〔□1名・□2名〔□夫婦・□その他（　　）〕です。
（入居希望者様各1枚づつのご記入をお願いいたします。）

※ 選択項目については まるで囲むか、□欄にレ印を入れてください。　　令和　　年　　月　　日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入居希望者の氏名 | （ふりがな） | | | 性別 | 生年月日 | | |
| | | | | 男・女 | M・T・S　年　月　日生（満　歳） | | |
| 現在お住まいの住所 | 〒 | | | | 電話 | | |
| お申込者ご連絡先 | 名前 | | 住所 | | 電話 | | 続柄 |

| ご家族等の状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 住所 | 連絡先 | 同居・別居 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 連帯保証人 | | | 〒 | 携帯<br>自宅 | 同 ・ 別 |
| | 身元引受人 | | | 〒 | 携帯<br>自宅 | 同 ・ 別 |
| | 緊急連絡先① | | | 〒 | 携帯<br>自宅 | 同 ・ 別 |
| | 緊急連絡先② | | | 〒 | 携帯<br>自宅 | 同 ・ 別 |

| 家族構成 | 健康状態 | 現在治療中の病気 |
|---|---|---|
| □・◎=本人 □=男性 ○=女性<br>（■・●=故人） | | □なし □あり　病名<br>病院名 |
| | | 病名<br>病院名 |
| | | 病名<br>病院名 |
| | | 既往歴 |

| | |
|---|---|
| 要介護等認定 | □認定なし □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 |
| 介護サービス利用 | □利用なし □利用あり（利用サービス名　　） |
| 障害手帳 | □なし □あり（種別 ： □1種 □2種　□1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 級） |
| 収入等の状況（複数選択可） | □年金〔□国民年金 □厚生年金 □共済年金（種別：　　）〕<br>□その他〔□給与 □賃料・利子等 □仕送り □その他（　　）〕 |
| | 年金（月額）：　万円<br>預金 ：　万円 |

| 料金負担形態 | | | |
|---|---|---|---|
| | □全額ご本人負担 □一部縁故者等負担（負担額 年約　万円） □全額縁故者等負担 | | |
| 縁故者等が負担の場合 | 縁故者等氏名1 | 縁故者等氏名2 | 縁故者等氏名3 |
| | | | |

| | |
|---|---|
| 希望・要望他 | |

※ ご提供いただいた個人情報については、個人情報保護に関する法令等を遵守し、入居審査及び入居後のサービス提供のためにのみ使用し、ご本人の事前の同意なく第三者へ提供することはいたしません。