

ケアビレッジ長町 入居申込書

申込者	
住所	〒 —
ふりがな	
氏名	続柄
電話番号	自宅： () 携帯： ()

入居希望者	
ふりがな	
氏名	性別 男性・女性
住所	〒 —
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
要介護度	未申請・申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
被保険者番号	認定年月日 令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日 認定の 令和 年 月 日から
保険者番号 (市町村)	有効期間 令和 年 月 日まで
	適用開始日 令和 年 月 日
現在ご利用中の の サービス	サービス 頻度 サービス 頻度
	訪問介護 回/週 訪問介護 回/週
	デイサービス 回/週 ショートステイ 回/月
	通所・訪問リハビリ 回/週 入院中 病院
入所希望理由	
利 用 料 支 払 方 法	2、3の場合 親族様のご連絡先
	1. 全額本人負担 〒 —
	2. 一部親族負担 電話番号
	3. 全額親族負担 氏名 続柄
家族の状況 (緊急連絡 先) 最低3人まで ご記入ください	氏名 続柄 電話番号 住所

