

入所申込書

平成 年 月 日

メディコ阿久比 施設長 殿

介護老人保健施設 メディコ阿久比を利用したく申込みます。

入所希望者	フリガナ 氏 名	-----			性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	満	歳
	住 所	〒					
	電話番号						
申 込 者 身元引受人	フリガナ 氏 名	-----			続 柄		
	住 所	〒					
	電話番号	(自宅)				(携帯電話)	

★連絡先（昼夜必ず連絡がとれるようご記入ください）

	氏 名	続 柄	年 齢	電 話 番 号	住所（略）
1				(自宅) (携帯電話)	
2				(自宅) (携帯電話)	
3				(自宅) (携帯電話)	

入所希望者が現在おられる場所	自宅・病院、施設（病院、施設名）						
介 護 保 険	申請中	・ 要介護	1	2	3	4	5
かかりつけ医療機関	病院名						
担当ケアマネージャー							
本 人 収 入（年金など）	金額				円／月		