

コンソルテ瀬田 入居申込書

申込日		年 月 日							
ご入居希望者	フリガナ 名 前					歳	生年月日	M・T・S 年 月 日	男・女
	住所	〒							
	年間所得 (年金含む)	200万円未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円以上	※該当する箇所に○ を付けてください
申込者	フリガナ 名 前					歳	生年月日	M・T・S 年 月 日	男・女
	住所	〒							
	電話番号					携帯電話			
	E-MAIL								
	続柄					職業			
	年間所得 (年金含む)	200万円未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円以上	※該当する箇所に○ を付けてください
ご入居者の現状	現在のお住まい	自宅 施設() 病院() その他()							
	介護保険情報	要支援 1 2			要介護 1 2 3 4 5				
		認定年月日	年 月 日		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護支援専門員	事業所名				氏名		TEL	
	サービス利用状況								
	家族構成 本人	家族状況							
		氏名				続柄		(歳) 男・女	
氏名				続柄		(歳) 男・女			
氏名				続柄		(歳) 男・女			
ご希望理由									
利用プラン	ご希望時期	空室でき次第 ・ 年 月 日頃(理由:)							
	希望プラン	限定プラン				スタンダードプラン			
		250万円 ・ 650万円				350万円 ・ 450万円 ・ 550万円			

トータルケアライフ株式会社

〒520-2141 大津市大江1丁目3番20号

フリーダイヤル 0120-185-789

TEL 077-544-7311

FAX 077-544-7488

受付日	
担当者	

R7.4.1

記入例

コンソルテ瀬田 入居申込書

申込日		〇年 〇月 〇日							
ご入居希望者	フリガナ 名 前	瀬田 太郎			歳	生年 月 日	M・T・S 年 月 日		男・女
	住所	〒							
	年間所得 (年金含む)	200万円未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円以上	※該当する箇所には○ を付けてください
申込者	フリガナ 名 前	瀬田 一郎			歳	生年 月 日	M・T・S 年 月 日		男・女
	住所	〒							
	電話番号					携帯電話			
	E-MAIL								
	続柄					職業			
	年間所得 (年金含む)	200万円未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円以上	※該当する箇所には○ を付けてください
ご入居者の現状	現在のお住まい 自宅 施設() 病院() その他()								
	介護保険	要支援 1 2		要介護 ① 2 3 4 5					
	介護支援専門員	認定年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日	～	年 月 日		
	サービス利用状況	通所介護	3回/週	訪問介護	2回/週				
	家族構成								
	家族状況								
	氏名	瀬田 二郎			続柄	次男		(58歳) 男・女	
	氏名				続柄			(歳) 男・女	
	氏名				続柄			(歳) 男・女	
ご希望理由	在宅での独居生活が困難となってきたため。								
	※現在お困りの状況等をご記入ください								
	ご希望時期	空室でき次第 年 月 日頃(理由:)							
利用プラン	ご希望のお部屋	限定プラン				スタンダードプラン			
		250万円 ・ 650万円				350万円 ・ 450万円 ・ 550万円			

トータルケアライフ株式会社

〒520-2141 大津市大江1丁目3番20号

フリーダイヤル 0120-185-789

TEL 077-544-7311

FAX 077-544-7488

受付日	
担当者	

R7.4.1