

申込日:令和 年 月 日

入所申込書

医療法人コスモス会
介護付有料老人ホーム アムールまつかわ

申込者名

住所

電話番号

記

ふりがな				性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
ご利用者名				男・女	現住所	〒 -		
保険者				要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		負担割合		割
介護保険被保険者番号				要支援・要介護 認定期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日			
				担当ケアマネジャー	営業所名		氏名	
障害者手帳	有・無	等級	級		程度			
医療保険・老人医療		保険証種類						
		記号番号						
医療受給者証		受給者番号				負担割合		割

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる
	<input type="checkbox"/> 他施設にも申し込む予定・申し込み済み
	※申し込んでいる他の施設名 () ()
	※今後申し込み予定のある施設 () ()

身元 連絡 先 受 入 人	ふりがな		性別	生年月日	昭・平 年 月 日		
	介護者名		男・女	本人との関係			
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所 :)					
	電話番号						

入居希望理由

入居希望理由					
--------	--	--	--	--	--



お問合せ:医療法人コスモス会 介護付有料老人ホーム アムールまつかわ

住所:〒399-3303 下伊那郡松川町元大島3255-5

TEL:0265-48-6602 FAX:0265-48-6614

入居担当者:生活相談員 小池・林