

入居申込書

下記の通り、有料老人ホーム青空を利用したく申し込みを致します

| | | | | |
|---------------------------|---|-------------|--|---------|
| 申込日 | 20 年 月 日 | | | |
| 申込者 | 氏名 | 印 | 男・女 | 入居者との関係 |
| | 住所 | | | TEL |
| 利用者 | 氏名 | 印 | 男・女 | 生年月日 |
| | 住所 | | | TEL |
| 身元引受人 | 氏名 | 印 | 続柄 | 生年月日 |
| | 住所 | | | TEL |
| 申込内容 | 1. 入居 年 月 日 | | | |
| | 2. 短期利用 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | | |
| 健康保険証 被保険者証 (ある方のみ) | 種類 | 有効期限 | 記号番号 | 被保険者番号 |
| | 社・国 | | | |
| 後期高齢者 医療保険者証 | 割合 | 有効期限 | 保険者番号 | 被保険者番号 |
| | 1 2 3 | | <input type="checkbox"/> 静岡県 39222039 <input type="checkbox"/> | |
| 介護保険 被保険者証 | 介護度 | 有効期限 | 番号 | 被保険者番号 |
| | | | <input type="checkbox"/> 沼津 222034 <input type="checkbox"/> 三島 222067 <input type="checkbox"/> | |
| 介護保険負担割 合証 | 割合 | 有効期限 | 市町村番号 | 被保険者番号 |
| | 1 2 3 | 年 7 月 3 1 日 | <input type="checkbox"/> 沼津 222034 <input type="checkbox"/> 三島 222067 <input type="checkbox"/> | |
| 身障者手帳 | 有 ・ 無 | | 健康手帳 | 有 ・ 無 |
| その他 | | | | |
| 利用料支払方法 (予定) | <input type="checkbox"/> 自動引落 (郵便局) <input type="checkbox"/> 自動引落 (三島信用金庫) <input type="checkbox"/> 銀行振込 (手数料は入居者のご負担となります) | | | |
| 申込に当たって の条件等 | 【個室・2人部屋】希望 | | | |
| | その他 | | | |

※個室の利用を希望する場合で、お部屋の確保をする場合は申込日から起算して個室料金が日割りで請求されます

※申込時にご提出いただいた場合にも、契約時に再度同じ書類を記入していただきます