



～銀の丘～
Poggio dell'Argento

ポッジョ・デル・アルジェント 事前相談申込書

■入居希望者

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	〒 —		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 () — <input type="checkbox"/> 勤務先 () —	携帯電話	() —
要介護度	自立 ・ 支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5		
支援1から介護5の方のみご記入下さい。			
①担当の居宅介護支援事業所又は 地域包括支援センター名 ()		②担当ケアマネジャー氏名 ()	
③現在ご利用中又はご利用していた介護サービス			
・ショートステイ 利用したことがある施設名 ()			
・通所系サービス (デイサービス ・ デイケア) 現在ご利用中の方 週 回利用			
・訪問系サービス (ヘルパー ・ 看護 ・ 入浴 ・ リハビリ)			
・その他サービス ()			
④現在の収入の状況 厚生年金・国民年金・その他年金・給与・その他収入 ()			

■身元引受人

ふりがな		続柄	生年月日
氏名			明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒 —		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 () —	携帯電話	() —
	<input type="checkbox"/> 勤務先 (会社名) () —	メールアドレス	

事務使用欄

担当者	見学日	申込日	診断書	契約日	入金日	入居日	部屋番号

FAXでもお申込みできます。FAX番号0564-21-2722へどうぞ