

ミモザ ご入居予約 兼 登録票

登録日： 年 月 日

施設長 殿

申込者氏名 印

住所 〒

電話番号 ()

続柄

ふりがな			電話番号	性別	男 ・ 女		
ご利用者氏名				年齢	歳		
				同居家族			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日						
現住所	〒()-()						
介護度	自立 / 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 老人医療受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input 3"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td>主病名</td><td colspan="/>					発症日	平成 年 月 日
現在の状況	独居 ・ 同居 ・ その他 ()						
	医療機関	() 通院中 ・ 入院中					
	施設入所中	施設名					
		入所日					

*ご入居に際しましては「入居判定委員会」の「ご入居・可」の判定を条件とさせていただきます。