

グランドライフ十三 入居申込書

申 込 日	年 月 日	受付者	
-------	-------	-----	--

入居者	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男・女 M・T・S	年齢 歳
	住所 <small>(介護保険証の住所)</small>	〒 _____ 電話 () _____	
現在の居所	()印	〒 _____	
	自宅以外 施設・病院	施設・病院等 名称 ()	電話 () _____
介護保険 状況	要介護度	未申請・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中 認知症有・無	
	担当ケアマネジャー	事業所名	
	現在ご利用のサービス	訪問介護・デイサービス・デイケア・訪問リハビリ・訪問看護・福祉用具・その他 ()	

身元引受人	ふりがな	入居者様との続柄		
	氏名			
	住所	〒 _____		
	ご連絡先	ご自宅	時～	時
お勤め先		時～	時	
携帯		時～	時	
E-Mail		FAX		
連帯保証人	ふりがな	入居者様との続柄		
	氏名			
	住所	〒 _____		
	ご連絡先	ご自宅	時～	時
お勤め先		時～	時	
携帯		時～	時	
E-Mail		FAX		

お申込みにあたり、伝えておきたいこと、お困りの点、ご相談等ありましたらご記入下さい。

入居希望日	年 月 日 頃
-------	---------

お申込みは、FAXあるいはご郵送にて承ります。申込後、控えは、大切に保管して下さい。
お申込みキャンセルの際は、お手数ですが下記までご連絡をお願い致します。

■連絡先 住宅型有料老人ホーム グランドライフ十三
〒532-0028 大阪市淀川区十三元今里2-12-6
TEL : 06-6301-1165 FAX : 06-6301-1166



入居申込書

申込日 20 年 月 日

※下記事項は事実と相違なく記入の上、申し込みます。

担当者:

㊦

施設名称		入室	入居希望日	20 年 月 日
------	--	----	-------	----------

●契約者(申込者) ※判断能力が不十分な方は、契約者となれない場合がありますので、お問い合わせください。

住所	ふりがな: 〒 ー 都府 市町 道県 村		年収	合計金額	万円
	-----			年金収入	万円/月
氏名	ふりがな:		捺印 又は サイン	内訳	万円/月
	-----			家族仕送り	万円/月
生年月日	年 月 日	性別	男・女	預貯金 (万円)	①100未満 ②100以上 ③150以上 ④200以上 ⑤400以上 ⑥600以上 ⑦800以上 ⑩1000以上
年齢	歳	介護認定 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 区分中 申請中 自立	電話番号	固定電話	- -
				携帯電話	- -

※ 入居者と契約者が異なる場合、もしくは同居人が居る場合にご記入ください。

入居者 又は 同居人 氏名	性別	生年月日	年 収	
ふりがな:	男・女	年 月 日	年金収入	万円/月
-----			家族仕送り	万円/月
			その他	万円/月

●連帯保証人①【必須】

住所	ふりがな: 〒 ー 都府 市町 道県 村		生年 月日	年 月 日
氏名	ふりがな:	性別	年齢	電話 番号
	-----	男・女	歳	
勤務 先名	勤務先TEL		- -	勤続年数
勤務先 住所	〒 ー 都府 市町 道県 村		役職	年 収
その他 収入	年金 ・ その他 ()			

●連帯保証人②

住所	ふりがな: 〒 ー 都府 市町 道県 村		生年 月日	年 月 日
氏名	ふりがな:	性別	年齢	電話 番号
	-----	男・女	歳	
勤務 先名	勤務先TEL		- -	勤続年数
勤務先 住所	〒 ー 都府 市町 道県 村		役職	年 収
その他 収入	年金 ・ その他 ()			

●必要書類

申込時	◆契約者・入居者・同居人それぞれの身分証明書 (入居希望者の介護保険証・運転免許・住民票・保険証・外国人登録証明書等のいずれか)
契約時	◆連帯保証人①②それぞれの身分証 ◆契約書・連帯保証人①②の印鑑※シャチハタを除く※ ◆引落口座の銀行印と通帳 ◆入居者の介護保険証と介護保険負担割合証

※本書提出でのみ部屋止めが可能です

※審査の結果、契約をお受けできない場合がございます。また審査判定の理由については一切開示いたしません