

入居者さま情報

	ご入居者さま	ご家族・申込者さま
ふりがな		
お名前	男 女	ご入居者様との関係 ( )
生年月日	M/T/S 年 月 日 (才)	M/T/S 年 月 日 (才)
住所	〒 -	〒 -
電話番号	( )	( )
携帯番号	( )	( )

現在の状況	在宅の方 ( 自宅で単身・高齢者のみの世帯・自宅でご家族と暮らしている ) 入所、又は入院の方 (施設名： )
-------	--

介護保険情報

介護度	未申請・自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5
居宅支援センター 名称	担当ケアマネ：

医療情報・健康状態

かかりつけの病院	病院名：	主治医：
既往歴・その他		

入居申し込みの理由

ご入居希望時期・居室タイプ・ご質問など  
 年 月頃 : 居室タイプ A/B/C

ご記入ありがとうございます。  
 詳細につきましては担当者より連絡させていただきますのでよろしくお願ひします。  
 本申込書は入居契約書ではございませんので、本書にて入居が確定するものではありません。  
 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。

株式会社こんふおーと 高齢者向け賃貸住宅 アーバンライフこんふおーと

**TEL・FAX 011-776-6888**      **担当：田中**

以下はこちらで記入いたします。

申込受付日： 年 月 日      受付者： \_\_\_\_\_