

# コンサルテ瀬田 入居申込書

申込日	年                      月                      日									
ご入居希望者	フリガナ 名前					歳	生年月日	M・T・S 年                      月                      日		男・女
	住所	〒								
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください	
申込者	フリガナ 名前					歳	生年月日	M・T・S 年                      月                      日		男・女
	住所	〒								
	電話番号					携帯電話				
	E-MAIL									
	続柄					職業				
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください	
ご入居者の現状	現在のお住まい	自宅    施設(                      )    病院(                      )    その他(                      )								
	介護保険情報	要支援    1    2			要介護    1    2    3    4    5					
		認定年月日	年    月    日		有効期間	年    月    日 ~ 年    月    日				
	介護支援専門員	事業所名				氏名			TEL	
	サービス利用状況									
	家族構成 本人	↓		家族状況						
	氏名			続柄		(    歳) 男・女				
	氏名			続柄		(    歳) 男・女				
	氏名			続柄		(    歳) 男・女				
ご希望理由										
	ご希望時期	空室でき次第    ・    年    月    日頃(理由:                      )								
利用プラン	希望プラン	限定プラン				スタンダードプラン				
		190万円 ・ 590万円				290万円 ・ 390万円 ・ 490万円				

## トータルケアライフ株式会社

〒520-2141 大津市大江1丁目3番20号

フリーダイヤル 0120-185-789

TEL 077-544-7311

FAX 077-544-7488

受付日	
担当者	

記入例

## コンサルテ瀬田 入居申込書

申込日		○年 ○月 ○日							
ご入居希望者	フリガナ 名前	瀬田 太郎			生年 月日	M・T・S 年 月 日		男・女	
	住所	〒							
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください
申込者	フリガナ 名前	瀬田 一郎			生年 月日	M・T・S 年 月 日		男・女	
	住所	〒							
	電話番号				携帯電話				
	E-MAIL								
	続柄	職業							
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください
ご入居者の現状	現在のお住まい	自宅( ) 施設( ) 病院( ) その他( )							
	介護保険	要支援 1 2			要介護 ① 2 3 4 5				
		認定年月日	年 月 日		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護支援専門員	事業所名 コンソルテ居宅			氏名 介護 一郎			TEL	
	サービス利用状況	通所介護	3回/週		訪問介護	2回/週			
ご希望理由	家族構成								
	家族状況	氏名	瀬田 二郎		続柄	次男		( 58歳) (男)・女	
		氏名			続柄			( 歳) 男・女	
		氏名			続柄			( 歳) 男・女	
ご利用プラン	在宅での独居生活が困難となってきたため。								
	※現在お困りの状況等をご記入ください								
	ご希望時期	空室でき次第( ) ・ 年 月 日頃(理由: )							
ご利用プラン	希望プラン	限定プラン			スタンダードプラン				
		190万円 ・ 590万円			290万円 ・ 390万円 ・ 490万円				

### トータルケアライフ株式会社

〒520-2141 大津市大江1丁目3番20号

フリーダイヤル 0120-185-789

TEL 077-544-7311

FAX 077-544-7488

受付日	
担当者	