ヒューマンライフケア板橋ホスピスホーム　ご入居仮申込書

年　月　日

希望事業所	ヒューマンライフケア板橋ホスピスホーム			入居希望日	年　月　日	
入居予定者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名					
	住所				電話番号	（　）　－
	現在の居住場所	□同上　□入院中　□施設入居中 ※「同上」以外の場合は入院先／入居施設名→			※左記入院先／入居施設の電話番号	（　）　－
ご相談者	フリガナ		□同居 □別居		電話番号	（　）　－
	氏名					
	入居予定者との関係	※事業者の場合は　所属：　職種：				

介護度	□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5			
ご利用サービス	かかりつけ医療機関	医療機関名		
		主治医氏名		診療科目
	居宅介護支援事業所	事業所名		
		担当者名		

診断名 既往歴	

保険関連	介護保険	介護度：　負担割合：
	医療保険	□後期高齢者医療被保険者証　□指定難病受給者証　□重度障害者医療証
	生活保護	□受給なし　□受給中　□その他（　）

経過・現在の状況・今後のご希望

診療についてのご要望

ご家族構成や現在の介護の状況

金銭状況	生活保護	受給　□有　□無		
	年金種別	□国民　□厚生　□船員　□共済　□その他（　）		
	年金受給額	年額　円	本人管理	□可　□不可

身元引受人緊急時の連絡先	フリガナ		続柄		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名					
	住所				電話番号	

上記の仮申込を行います。また、個人情報の取扱について、下記に同意いたします。

申込者氏名	㊞	入居予定者との関係	

【個人情報の取り扱いについて】
入居予定者へ安全且つ円滑なサービスを提供するために個人情報を利用いたします。
また、家賃債務保証契約を申込む場合、保証会社が個人情報を取り扱うことに同意します。
法令に基づく場合及び本人、公衆の生命、健康、財産を脅かす可能性がある場合を除き、
本人の同意を得ること無く他の利用者及び第三者に提供することはありません。
個人情報を第三者に委託する場合には、当社の厳正な管理の下で行います。
提供頂きました個人情報の開示、訂正、削除はお問合せください。

【仮申込についてのお問合せ先】
ヒューマンライフケア板橋ホスピスホーム
東京都板橋区徳丸5丁目3-5
TEL：03-6846-0223　FAX：03-6846-1217
（開設準備室　受付 平日9:00～18:00）