

# 入居申込書

記入日 年 月 日

お申込み日	年 月 日	希望入居日	年 月 日
ご希望の施設	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅「エルフィリア」		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅「エルフィリアガーデン」
ご入居予定者様 氏名	フリガナ  印	男	生年月日 年 月 日
		女	年齢 歳
住所 (介護保険証の住所)			
状況	介護度	認定有効 期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
連帯保証人様 氏名	フリガナ	続柄	
		職業	
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅	TEL	時 ~ 時
	携帯	TEL	時 ~ 時
お勤め先	会社名	TEL	
	住所		
ご家族以外でご入居 者様の以前の状況が わかる方の連絡先	介護支援専門員・主治医・施設等の担当者の連絡先		

## ■第一連絡先

ご氏名		続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅	TEL	時 ~ 時
	会社	TEL	時 ~ 時
	携帯	TEL	時 ~ 時

## ■第二連絡先

ご氏名		続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅		時 ~ 時
	会社		時 ~ 時
	携帯		時 ~ 時

- ※ 太枠は必ずご記入下さい。
- ※ お客様又は身元引受人様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報をご入居目的以外に使用することはございません。
- ※ 本申込書の提出がご入居の決定ではございません。本申込書は、ご入居の為に必要な書類のひとつとなります。
- ※ ご入居にあたり必要な書類においては、別紙『エルフィリア お申込みからご入居までの流れ』をご確認下さい。
- ※ 申込後に状況の変化(転居・入院・連絡先の変更)があった場合は、必ずお申込先の施設までお知らせ下さい。

施設名 サービス付き高齢者向け住宅「エルフィリアガーデン」  
住所 福島県福島市八島田字樋ノ口80  
TEL 024-563-6830 FAX 024-559-2655

受付担当者