

(施設記入欄)

No	
受付日	
受付者	

函館共愛会愛泉寮 入居申込受付票

フリガナ	
入居希望者氏名	男・女
生年月日・年齢	大正昭和 年 月 日 ()歳
要介護度	5・4・3・(※2・※1) ※原則、要介護度3～5に認定された方が申込対象となります。要介護1～2の方については申込可能な場合がありますのでご相談させていただきます。
現住所	
現況(待機場所)	自宅・その他()
入居希望時期	今すぐ・3ヶ月以内・6ヶ月以内・指定なし その他()
食事状況	経口・経管栄養(胃瘻・鼻腔・腸瘻他)

(今後の連絡先)

フリガナ	
氏名	続柄:
住所	
電話	自宅 携帯

- 備考) ・申込受付後、状態を確認させていただきます。
・申込に際して、介護保険証写しの添付をお願いします。

～お問い合わせ先～

函館共愛会愛泉寮

函館市中島町35番7号

TEL0138(52)1065

入居申込受付担当:白鳥 昇