

# お申し込みの流れ

お手元にございます以下の書類をご準備ください。

❶入居申込書 ❷個人情報使用同意書 ❸介護保険証のコピー

上記書類を提出いただきました後、お客様のご入居に向けた準備を開始いたします。

※入居をお急ぎの場合はこの限りではありませんので、ご相談ください。

また、お申し込みをいただいた後、その他書類のご準備について、ご案内いたします。

## 契約からご入居まで

入居契約は基本的に、入居前までに行わせていただきます。  
やむを得ずお時間が取れない場合は、入居当日でも結構です。

### 《入居契約までにご家族で話し合っていたいただきたいこと》

- ・緊急時の連絡先を2名以上決めておいてください。
- ・契約時、連帯保証人と身元引受人を決めておいてください。  
(連帯保証人は身元引受人を兼ねることができます。)

### 《契約時に必要な物》

- ・月額利用料が引き落とされる口座の印鑑、通帳。  
医療機関（医科・歯科・薬局）との契約も同日に行わせていただく場合がございます。

## 入居前払金のご入金（前払金方式を選択の方のみ）

【お振込先口座】 みずほ銀行 第五集中支店 普通口座：1847026

【お振込先】 株式会社ツクイ

\*手数料はお客様負担となります。

\*入居予定者様本人のお名前にて、ご入居（居室引渡日を含む）2日前までにお振込みください。

## 持ち物のご用意

別紙、持ち物リストを参照いただき準備をお願いいたします。  
荷物搬入の日取りなどはご相談ください。

## ご入居

乗用車または車椅子対応車がございます。  
施設からのお迎えも可能な限り対応させていただきますので、  
ご相談ください。

ご不明な点がございましたら、いつでもお気軽にお問い合わせください。



(様式－１)

ツクイ・サンシャイン町田東館

# 入居申込書

株式会社 ツクイ  
ツクイ・サンシャイン町田東館 殿  
下記の通り入居を申し込みます。

年 月 日

●入居ご予定者

|      |                                                |      |         |
|------|------------------------------------------------|------|---------|
| フリガナ |                                                | 性別   | 男性 ・ 女性 |
| ご芳名  |                                                |      |         |
| ご住所  |                                                | 電話番号 |         |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳 )                       |      |         |
| 要介護度 | 自立 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 申請中 |      |         |

【ご住所以外でお住まい（入院中等）の場合】

|               |                                                                                                                                                            |  |  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 種別            | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( |  |  |
| 名称            | (ご担当者様 )                                                                                                                                                   |  |  |
| 担当<br>ケアマネジャー | 居宅介護支援事業所： 氏名：                                                                                                                                             |  |  |
| 入居ご希望日        | 年 月 日 ※未定の場合は、予定日をご記入ください。                                                                                                                                 |  |  |

●お申込者

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| フリガナ |  | 続柄   |  |
| ご芳名  |  |      |  |
| ご住所  |  | 電話番号 |  |

- 添付資料 ①介護保険証の写し ※複写ができない場合は訪問面接時にご提示ください。  
②健康診断書（様式－２）

●訪問面接ご希望日時・場所

|                                 |         |               |                 |
|---------------------------------|---------|---------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 希望日あり  | 第 1 希望日 | 年 月 日 AM PM : | 頃 ご自宅 ・ その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 第 2 希望日 | 年 月 日 AM PM : | 頃 ご自宅 ・ その他 ( ) |

ご入居前に専門相談員がお伺いいたします。お申込者様などのお立会いを可能な限りお願いしております。

●備考欄