

(様式第2号)

入居再評価申込書( 回目)

当初申込日：令和 年 月 日 申込者(連絡先)  
〒

申込日：令和 年 月 日 住所：

フリガナ  
受付日：令和 年 月 日 氏名： (続柄 )

電話：自宅 ( )

携帯 ( )

入居施設		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームあかしあ荘 <input type="checkbox"/> 特別養護老人サテライトあいおい		保険者(市町名)			
入居希望者の状況	(フリガナ)氏名			性別	介護保険被保険者番号		
				男・女	要介護度		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		上記の有効認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	現住所	〒 ー 電話 ( )					
	再評価申込みの理由 (前回からの変更点等)	<input type="checkbox"/> 要介護度の変更 <input type="checkbox"/> 介護者の状況の変化 <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用状況の変更 <input type="checkbox"/> 認知症の状況の変化 <input type="checkbox"/> その他個別の事情の変化 (具体的な内容等)					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入居したい						
主たる介護者	(フリガナ)			性別	本人との関係		
	氏名			男・女			
				生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している		<input type="checkbox"/> 別居している 住所：〒 ー 電話： ( )			
意見	【介護しているうえで困っていること等】						
同意書	この申し込みの内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和 年 月 日 氏名： 印						

※「被保険者証(写)・直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」「要介護認定調査票(写)(特例入居の場合のみ)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。