

(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：

受付日：令和 年 月 日 氏名：(フリガナ) 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) | |
| (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 | 〒 — 電話 () | | | |
| 希望者の状況 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"/> 介護者の状況の変更 <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用状況の変更 <input type="checkbox"/> 認知症の状況の変更 <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 | | | |
| (フリガナ) 氏名 | | 性別 | 本人との関係 | |
| | | 男・女 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日(歳) | | |
| 主たる介護者 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：〒 — 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。