

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

	入所申込
	変更届出

	ユニット型個室
	多床室
	どちらでも良い

特別養護老人ホームうがた苑 入所申込（変更届出）書

特別養護老人ホームうがた苑 施設長様

私は、次のとおり現在の私および私の介護者の状況に関する情報を付して、
貴施設に入所申込（変更届出）を行います。

入所申込者（本人）の状況（該当する項目をすべてチェックして下さい。）

フリガナ 氏 名				(男 ・ 女)
要介護度	1・2・3・4・5	有効期間	平成 年 月 日から	
被保険者番号			平成 年 月 日まで	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	保険者名		
現住所	〒 電話番号 () ファックス番号 ()			
収入について	<input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円以上 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金(厚生・遺族・国民) <input type="checkbox"/> その他			
今のお住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ()			
本人の状況	<input type="checkbox"/> ア 認知症のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> イ 施設や病院に入所（入院）中			
	入所（入院）期間		種別	施設（病院）名
	年 月～ 現 在			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
(注) 複数の施設等を連続して利用している場合は、新しい順から記入して下さい。 種別：特養、老健、療養型、病院、軽費、ケアハウス、養護、グループホーム等 <input type="checkbox"/> ウ 3カ月以上入院したため、貴施設を退所（契約解除）になった <input type="checkbox"/> エ 経管栄養、胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、褥そうの処置、その他 () の医療的ケアを要する				
在宅サービスの利用について	<input type="checkbox"/> オ 過去3カ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある。			
	ケアプランは	<input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない		
	担当介護支援専門員	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	今後の利用は	<input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい		
	(改善したい内容)			
	介護支援専門員の氏名			
	事業所名及び電話番号	(事業所名)		
(電話番号)				

- (添付書類) ① 「介護保険被保険者証」の写し(全員)
 ② オに該当する場合は、過去3カ月間の「サービス利用票」の写し

