

石川県 指定介護老人福祉施設入居再評価申込書

(回目)

当初申込日	平成 年 月 日
申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒 :	—
住所 :	
氏名 :	
電話 :	()

申込先 (入居希望施設)		介護老人福祉施設 こすもす <input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型		保険者	
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号	
	氏名		男・女	要介護度	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 —		TEL	()
	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)			
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
	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: 〒 — TEL —)			
	意見	【介護しているうえで困っていること等】			
同意書	この申込書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。 平成 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。