

(様式第3号)

小金井市介護老人福祉施設 入所申込変更届

施設 使用欄	受付日	年 月 日	担当者	受付番号
-----------	-----	-------	-----	------

☆入所申込をしていますが、現況が変わりましたので変更届を提出します。

施設長様	届出日	年 月 日
------	-----	-------

届出者(連絡先)

住所	〒 -				
(フリガナ) 氏名	( )	続柄	電話	(自宅) (勤務先) (携帯)	

入所申込者本人について

入所申込者 基本情報 の	(フリガナ) 氏名	( )	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	申込時の住所	〒 -	性別	男・女
	介護保険被保険者番号		電話	( )

下記について、変更箇所のみご記入下さい(該当するものにチェック)。

<input type="checkbox"/>	基本情報の 変更	新住所	〒 -	電話	( )
<input type="checkbox"/>	要介護認定 の変更	要介護〔 〕が要介護〔 〕に変更 ⇒(認定期間) 年 月 日～ 年 月 日			
<input type="checkbox"/>	現在利用し ている施設 サービス等 の変更	<input type="checkbox"/> 自宅(在宅)だったが施設・医療機関等に入所・入院した。 病院名・入所施設名 ( 区・市・町・村) 入所・院年月日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 施設・医療機関を移動した。 病院名・入所施設名 ( 区・市・町・村) <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等を退所・退院し、在宅生活に戻った。 退所・院年月日 年 月 日			
<input type="checkbox"/>	主たる介護 者の変更	(フリガナ) 氏名	( )	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(右 欄も記入)	〒 -	電話 ( )
		入所申込者との関係(具体的に)		性別	男・女
<input type="checkbox"/>	主たる介護 者の状況の 変更	右欄で該当するものにチェックする(複数回答可) <input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。			
<input type="checkbox"/>	担当ケアマ ネジャーの 変更	事業所名			
		氏名	連絡先	( )	

※この変更届は入所申込をしている各施設に提出して下さい。郵送で受け付けます。

(様式第3号)

小金井市介護老人福祉施設 入所申込変更届

記入例

施設 使用欄	受付日	年	月	日	担当者	受付番号
-----------	-----	---	---	---	-----	------

☆入所申込をしていますが、現況が変わりましたので変更届を提出します。

施設長様	届出日	平成〇〇年〇月〇日
------	-----	-----------

届出者(連絡先)

住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿×-×-×		子	電話	(自宅) 03-5321-XXXX
(フリガナ)氏名	(コガネイ シロウ)	続柄			(勤務先) 03-1235-XXXX

複数の施設に変更届を提出するときは、空欄のまま他の項目を記入してから、コピー後施設名を記入。

入所申込者本人について

入所申込者 基本情報 本人の	(フリガナ)氏名	(コガネイ ハナコ) 小金井 花子	生年月日	明・大・昭 5年 1月 1日 ( ●▲ 歳)	
	申込時の住所	〒184-0004 小金井市本町×-×-×		性別	男・女
	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			

下記について、変更箇所のみご記入下さい(該当するものにチェック)。

<input type="checkbox"/>	基本情報の変更	新住所	〒 -	電話 ( )
<input type="checkbox"/>	要介護認定の変更	要介護〔 〕が要介護〔 〕に変更 ⇒(認定期間) 年 月 日~ 年 月 日		
<input checked="" type="checkbox"/>	現在利用している施設サービス等の変更	<input type="checkbox"/> 自宅(在宅)だったが施設・医療機関等に入所・入院した。 病院名・入所施設名 ( 区・市・町・村) 入所・院年月日 年 月 日~ <input type="checkbox"/> 施設・医療機関を移動した。 病院名・入所施設名 ( 区・市・町・村) <input checked="" type="checkbox"/> 施設・医療機関等を退所・退院し、在宅生活に戻った。 退所・院年月日 平成△△年 △月 △日		
<input type="checkbox"/>	主たる介護者の変更	(フリガナ)氏名 ( )	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
<input type="checkbox"/>	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(右欄も記入)	〒 -	
<input checked="" type="checkbox"/>	主たる介護者の状況の変更	右欄で該当するものにチェックする(複数回答可) <input checked="" type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。		
<input type="checkbox"/>	担当ケアマネジャーの変更	事業所名	氏名	連絡先 ( )

該当するものにチェックをし、必要事項を記入

※この変更届は入所申込をしている各施設に提出して下さい。郵送で受け付けます。