

(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 ( 本 人 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
	電話 ( )					
介護保険被保険者番号						

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)	〒 -		
		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×-×-×			
(フリガナ)氏名	(コガネイ ジロウ)	続柄	子	電話
				(自宅) 03-5321-XXXX (勤務先) 03-1235-XXXX (携帯) 090-5321-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
		電話	042(383)XXXX	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)
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(右欄も記入)	〒 -	
	入所申込者との関係(具体的に)		性別	男・女
<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。