**様式第２号**

石川県　指定介護老人福祉施設入居再評価申込書

（　　　　回目）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 平成　　年　　月　　日 |  | 〒：　　　－ |
| 受　付　日 | 平成　　年　　月　　日 | 住所：  |
| 受　付　日 | 平成　　年　　月　　日 |  | 氏名： |
|  | 電話：　　　　（　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　込　先（入居希望施設） | 特別養護老人ホームあかかみ | 保　険　者 |  |
| 入居希望者の状況 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | 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 | 要介護認定有効期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで |
| 現住所 | 〒　　　－　 |
| 再評価申込みの理由（前回からの変更点等） | □要介護度の変更□介護者の状況の変化□居宅サービス利用状況の変更□認知症の状況の変化□その他個別の事情の変化（具体的な内容等） |
| 主たる介護者 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | 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 | □同居している　□別居している（住所：〒　　―　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　） |
| 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。

|  |
| --- |
| 特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄） |
| 　●該当する事由に印を付けて下さい。　　□　認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる　　□　知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる　　□　家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である　　□　単身世帯である、同居家族が高齢又は衰弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である |
| 　●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。 |