

台東区特別養護老人ホーム申込内容変更申請書

變更申請日 年 月 日

第1・2・3回台東区特別養護老人ホーム申込書の内容について、次のとおり変更を申請します。

入所希望者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日 (歳)
	氏 名						
	住 所 (住民票のあるところ)	〒 - 電話 ()					
変更申請者	フリガナ		入所希望者との関係				
	氏 名						
	住 所	〒 -					
	連絡先 電 話	【自 宅】 () 【携 帯】 () 【勤務先】 ()	【連絡が付きやすい曜日・時間帯】 曜日： 時間帯：				

※原則台東区特別養護老人ホーム申込書の申込者が、変更申請書をご記入ください。申込者と異なる方が変更申請書を記入した場合、内容確認等のお電話をさせていただく場合があります。

①～③の変更箇所のみご記入ください。

①通知の送付先	フリガナ		入所希望者 との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 ー		
	連絡先 電 話	【自 宅】 () 【携 帯】 ()		

希 望 施 設	3施設まで選択可		※下記の中から希望する施設名を左欄にご記入ください。 また、区外の全施設を希望される場合は 「区外すべての施設を希望する」にもチェックをして下さい。					
			希望する 居室形態 (複数選択可)	区内	多床室	(区立)浅草 谷中 台東 竜泉	従来型 個室	(区立)台東
					ユニット型 個室	(区立)竜泉 (民間)浅草ほうらい フレスコ浅草 橋場すみれ園		
				☐ 多床室 ☐ 従来型個室 ☐ ユニット型 個室	区外	白楽荘 みずほ園 良友園 ひのでホーム 新清快園 第2カントリービラ青梅 青梅愛弘園 成蹊園 福楽園 和敬園		
	☐ 区外すべての施設を希望する							
	☐							
③医療行為 の変更	有・無 *有の場合は☑	☐ 経管栄養(胃ろう・鼻腔) ☐ 中心静脈栄養 ☐ バルーンカテーテル ☐ 在宅酸素 ☐ 人工透析 ☐ インシュリン(経口薬・注射) 回/日 ☐ 人工肛門(ストマ) ☐ その他〔 _____ 〕						

(ご注意点)

- ・上記以外の項目について変更を希望される場合は、再度新規のお申し込みをお願いいたします。
- ・変更内容の確認等のため、お電話をさせていただく場合があります。

記入不要	処理欄	受付者	〔 〕	包括区	受付者名	〔 〕	受付No.	区処理	No.	入力