台東区特別養護老人ホーム申込内容変更申請書

台東区長殿　　変更申請日　　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	〒　－ ＊入所希望者と同一の場合は「同上」と記入				
	連絡先電　話	【自　宅】（　） 【携　帯】（　） 【勤務先】（　）	【連絡がつきやすい曜日・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	〒　－		
	連絡先電　話	【自　宅】（　） 【携　帯】（　）		

②希望施設	3施設まで選択可	希望する居室形態（複数選択可）	※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。		
		□多床室 □従来型個室 □ユニット型個室	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
	□ 区外すべての施設を希望する		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	

③医療行為	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