番　　　　　号

　　年　　月　　日

市町村長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

施設名称

施設長氏名　　　　　　　　印

特別養護老人ホームにおける特例入所に係る要件について（照会）

当施設に入所申し込みのありました次の方について、特例入所の要件に該当するか照会します。

氏　　　　　　　　名：

介護保険被保険者番号:

生　 年 　 月 　 日：　明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 　　年齢 　　 歳

現　　　 住 　　　所：

【上記の方についての特例入所要件(該当する項目をチェックする。)】

□　　認知症であることにより、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、在宅生活が困難である。

□　　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等が頻繁に見られ、在宅生活が困難である。

　　　　○　手帳の種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○　判定（　　　　　　　　　　　　　　）〔判定年月日：　　　年　　月　　日〕

□　　単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

□　　家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。

理由（介護支援専門員等による意見　※紙面が不足する場合は別紙としてください。）

（添付資料）　①入所申込書(写)　②調査票(写)　③評価に類する資料(写)　④その他必要な資料