

特別養護老人ホームの特例入所に関する意見照会書

令和 年 月 日

みよし広域連合長 様

所在地
施設名
施設長
(電話番号)

下記の者について、特例入所の要件に該当すると認めることに関し、意見を求めます。

記

1. 特例入所申込者

住 所		申込書受理日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名		性別 男・女 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
要介護度	1 ・ 2	被保険者番号	

2. 特例入所の該当事由（該当する番号を丸で囲んでください）

1 認知症であり、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る	
2 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る	
3 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	
4 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不十分である	
具体的な状況	別添資料のとおり

3. 添付資料

（居宅において日常生活を営むことが困難である具体的な状況について記された資料を添付してください）