年　　月　　日

四條畷市長　あて

法 人 名

施 設 名

施設長名

特別養護老人ホーム等の特例入所に関する意見書について

当施設に入所申込みのありました下記対象者に関し、特例入所の要件に該当するかについて照会いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年　　 月　 　日（　　　　）歳 | | | | | | | | | | 性 別 | | 男 ・ 女 |
| 要 介 護 度 | 要介護  １・２ | | 認定有効期間 | | | | 年　 　月　 　日から  　　　 年　 　 月　 　日まで | | | | | | |
| 本　人　の　状　況 | □ 認知症であることにより日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。  □ 知的障がい・精神障がい等を伴い日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。  □ 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況である。  □ 単身世帯である、同居家族が高齢また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況である。 | | | | | | | | | | | | | |

理　由（介護支援専門員等による意見）

|  |
| --- |
|  |
| 市の意見  □特例入所の要件に該当する（上記理由に　□同じ　□加え、下記のことを申し伝える）  （意見　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □特例入所の要件に該当しない   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 課長 | 課長代理 | 主　任 | 主査 | 担当者 | 年　　月　　日  決　裁 | 収受欄 | |  |  |  |  |  |  | | | |