番　　　　号

　　年　　月　　日

　市町村長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

特別養護老人ホーム特例入所に関する（照会・意見書）について

当施設に入所申し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。

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 ＝

□　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。

□　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・安心の確保が困難である。

□　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。

理　由（介護支援専門員等による意見）

番　　　　号

　　年　　月　　日

施設長　あて

市町村長名

特別養護老人ホーム特例入所に関する照会に対する回答について

照会のありました見出しの件について、以下のとおり回答いたします。

□　特例入所の要件に該当する　　　　　□　特例入所の要件に該当しない

特記事項

□介護支援専門員等による意見に同じ。

□介護支援専門員等による意見に加え、下記の点を申し添えます。