

(標準様式1)

年 月 日

(市町長名) 様

住 所
施 設 名
管理者名

指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する意見照会について

次の入所申込者が、特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって、保険者市町村の意見を求めます。

1 入所申込者名等

No.	氏 名	被保険者番号	要介護度	特例入所対象者に該当すると考えられる事情(※1)	備 考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※1 施設として、以下のどの事情に該当すると考えているか、記号を記載すること。

- ① 認知症である者であって、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こと。
- 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こと。
- 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こと。
- 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こと。
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められること。

※2 各入所申込者の入所申込書を添付すること。また、必要に応じて、特例入所対象者に該当すると判断した理由や参考資料等を添付すること。

2 優先入所検討委員会の開催予定日

年 月 日

担当者名：
電話番号：