

(標準様式2)

年 月 日

(施設名) 管理者 様

(市町長名)

指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する意見表明について

年 月 日付け文書により意見照会のあったことについて、保険者市町村としての意見を表明します。

1 入所申込者名等

No.	氏名	被保険者番号	特例入所対象者の該当の適否		備考
				該当する場合の事情(※1)	
1			該当・非該当		
2			該当・非該当		
3			該当・非該当		
4			該当・非該当		
5			該当・非該当		
6			該当・非該当		
7			該当・非該当		
8			該当・非該当		
9			該当・非該当		
10			該当・非該当		

※1 特例入所対象者に該当する場合は、以下のどの事情に該当するか、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 必要に応じて、特例入所対象者に該当するか否かを判断した理由や参考資料等を添付すること。

担当課名：

電話番号：