（参考様式１）

（　文　書　番　号　）

　　　　年　　月　　日

　保険者市町長

施設名

施設長名

特別養護老人ホームへの特例入所申込者について

　このことについて、下記の者から特例入所の申込みがありましたので報告します。

　また、当該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、貴市町の意見を求めます。

記

　入所申込者　　氏名

　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　被保険者番号

　　　　　　　　要介護度

入所申込の理由（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等）

※該当要件

□認知症　□知的障がい・精神障がい等　□虐待の疑い　□家族等介護者の状況

　　　　□該当要件なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当者名：

電話番号：

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者市町名

　意見照会のありました上記申込者については、本人の状況及び置かれている環境等の事情から、

□　施設入所が適当と思われる。

□　施設入所の必要性は低いものと思われる。

　（特記事項）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当所属：

電話番号：

（参考様式２）

（　文　書　番　号　）

　　　　年　　月　　日

　保険者市町長

施設名

施設長名

特別養護老人ホームへの特例入所対象者の入所判定について

　特例入所の申込みに当たって　　年　　月　　日付けで意見を受けた下記の特例入所対象者について、入所検討委員会において入所の検討を行うに当たり、貴市町の意見を求めます。

記

　特例入所対象者　氏名

　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　被保険者番号

　対象者の状況

　　要介護度：　□要介護１　　□要介護２

　　家族等介護者の状況：　□　単身

□　高齢者世帯、介護者が虚弱等

□　介護者が就業中・複数の人を介護している等

　　介護の必要性：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当者名：

電話番号：

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者市町名

　意見照会のありました上記特例入所対象者については、本人の状況や介護の必要性、家族等介護者の状況等から、

□　施設入所が適当と思われる。

□　施設入所の必要性は低いものと思われる。

　（特記事項）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当所属：

電話番号：