

平成 年 月 日
番 号

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）

平成 年 月 日
番 号

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。