

年 月 日

くすのき広域連合長 あて

法人名
施設名
施設長名

特別養護老人ホーム等の特列入所に関する意見書について

当施設に入所申込みのありました下記対象者に関し、特列入所の要件に該当するかについて照会いたします。

記

対象者	被保険者番号											
	住 所											
	氏 名											
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日						性別	男・女			
	要 介 護 度	要介護 1・2	認定有効期間			年 月 日から		年 月 日まで				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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況である。											

理 由（介護支援専門員等による意見）

--

支所の意見

- 特列入所の要件に該当する（上記理由に 同じ 加え、下記のことを申し伝える）
（意見 ）
- 特列入所の要件に該当しない

事業課長	課長代理	主 任	本部担当	支所長	担当者	年 月 日 決 裁	收受欄