　　年 月 日

名取市長　殿

所在地

施設名

代表者

特別養護老人ホーム特例入所希望者に関する意見照会について(依頼)

　下記の入所希望者について、施設としての見解を示した上で、特例入所者に該当するか否かについて、名取市の意見を伺います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  被保険者氏名 | (　　　　　　　　　　　) | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  年　　齢 | T・S　　年　　月　　日(　　　歳) | 要介護度及び認定期間 | 要介護1・要介護2  その他(　　　　　　　　)  年　月　日～　年　月　日 | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所等 | 事業所  担当者 | | | | | | | | | | | |
| 施設側の見解 | 上記の者は特例入所要件に該当し、指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると判断します。  □　認知症であり、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る。  □　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。  □　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。  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 特例入所の該当要件についての具体的な内容 | | | | | | | | | | | |

　※　添付書類　入所申込書・入所希望者調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号