号

　　年　　月　　日

（あて先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

施設名称

施設長氏名

特別養護老人ホームにおける特例入所に係る要件について（照会）

次の方について、特例入所の要件に該当するか照会します。

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

住 　　　所　　　 地：

【特例入所要件(該当する項目をチェックする。)】

□　　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。

　　　　○　手帳の種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○　判定（　　　　　　　　　　　　　　）〔判定年月日：　　　年　　月　　日〕

□　　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。

□　　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態である。

□　　上記4要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅生活が困難であり、他のサービスの利用が困難であること。

入所が必要な理由（介護支援専門員等による意見　※枠が不足する場合は別紙としてください。）

（添付資料）①入所申込書(写)　②調査票(写)

　　　　号

　　年　　月　　日

（あて先）施設長

一宮市長

特別養護老人ホームにおける特例入所に係る要件について（回答）

年　　月　　日付けの照会に係る回答は、次のとおりです。

**Ⅰ　申込者**

施　　設　　名　　称：

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

住 　　　所　　　 地：

**Ⅱ　特例入所要件について**(該当する番号を○で囲み、項目をチェックする。)

１　特例入所の要件に該当する

□　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。

　　　　○　手帳の種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○　判定（　　　　　　　　　　　　　　）〔判定年月日：　　　年　　月　　日〕

□　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。

□　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態である。

□　上記4要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅生活が困難であり、他のサービスの利用が困難であること。

【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。

２　特例入所の要件に該当しない