番　　　　号

平成　　年　　月　　日

　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について

当施設に相談が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：

＝ 次の特例入所要件に該当（入所調査票のとおり） ＝

□　対象者が認知症であり、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ような場合。

□　上記のうち認知症自立度がⅢa以上の場合。

□　対象者が知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られるような場合。

□　家族等による深刻な虐待が疑われること等により、対象者の心身の安全・安心の確保が困難であるような場合。

□　単身世帯又は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ような場合。

□　上記のような状態が主たる介護者の急死や予期せぬ入院等により発生し、急迫性ある場合。

理　由（介護支援専門員等による意見）

番　　　　号

平成　　年　　月　　日

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ついて(回答)

照会のありましたこのことについて、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。