特例入所申込者に係る報告書兼意見照会書

　　　地区保健福祉センター長　　様

住所

施設名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

次の者から、特例入所の入所申込みがありましたので報告いたします。

また、保険者意見の照会については下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　月　　日 | | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 特例入所の  要件に該当  する事由 | □　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みられる。  □　 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みられる。  □　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。  □　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。 | | | |
| 担当居宅介護支援事業所等 | |  | | |
| 担当介護支援専門員等名 | |  | |  |
| 担当地区保健福祉センター | | 地区保健福祉センター | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 意見照会の必要性 | * 不　　　要　　　　□　必　　　要 |

※報告時、入所申込書（写し）等を添付してください。

【担当地区保健福祉センター回覧欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　　長 | 次　　長 | 係　　長 | 係　　員 |
|  |  |  |  |