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 |
|  |  |  |  |