特例入所者についての意見照会書（入所申込時）

　　年　　月　　日

長 岡 市 長　　様

施設名

施設長

下記の方について、特例入所に該当するか否かについて意見を照会します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名  （被保険者番号） | （　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 要介護度 | 要介護１・要介護２  その他（　　　　　） |
| 住　所 |  | | |
| 施設の見解 | 下記に該当すると判断します。   * 認知症である者であって、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。 * 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 | | |
| 添付書類 | 別紙のとおり  （入所申込書・介護支援専門員意見書等） | | |

担　当：

電　話：