

## 特例入所者についての意見照会書（入所決定時）

年 月 日

長岡市長 様

施設名

施設長

下記の方の入所を決定するにあたり、特例入所者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			
入所申込時からの 状態変化等	<input type="checkbox"/> 入所申込時に市へ照会済であり、特例入所者と判断できる状況は変わっていない。 <input type="checkbox"/> 入所申込時は市へ未照会、又は特例入所者と判断できる状態が申込み時から変化している： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">関係書類の添付有</span>		
施設の見解	<p>下記に該当すると判断します。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">)</div>		

( 担 当 :  
電 話 : )