文　書　番　号

**参　考　様　式**

　　　　　年　月　日

益田市介護保険担当課長 　様

特別養護老人ホーム　○○苑　施設長

特別養護老人ホームの特例入所（要介護１又は２）の判定に係る意見について（照会）

以下の入所申込者について、特例入所の必要性が高いと認められるので、関係資料を添えて意見照会します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 入所申込者氏名 | 被保険者番号 | 住　所 | 特例入所  要　件 | 保険者意見  （保険者記入） |
| 1 |  |  |  |  | □特例入所対象者に該当すると認められる。  □特例入所対象者に該当しない。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2 |  |  |  |  | □特例入所対象者に該当すると認められる。  □特例入所対象者に該当しない。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 |  |  |  |  | □特例入所対象者に該当すると認められる。  □特例入所対象者に該当しない。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 4 |  |  |  |  | □特例入所対象者に該当すると認められる。  □特例入所対象者に該当しない。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※関係書類とは、特例入所要件に関して必要な情報が記されたケアマネ記入の入所調査票や入所申込書等を想定している。

※特例入所要件欄には、以下の要件①～④を記入する。

1. 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。
2. 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。
3. 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
4. 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。

※保険者意見欄のスペースが不足する場合は、必要に応じて別紙添付としても差し支えない。

(保険者記入)

　　貴施設からご照会のあった特例入所については、上記のとおりです。

　　年　　月　　日