（様式２）

特例入所（申込・継続）に係る意見照会書

令和　　年　　月　　日

日立市介護保険課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　長

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |

下記の入所申込者について、特別養護老人ホームの特例入所申込の要件に該当することの判断を行うに当たり参考にしたいので、日立市の意見を求めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名被保険者番号 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 要介護度有効期間 | 要介護　１　・　２（令和 　年 　月　 日から令和　 年　 月　 日） |
| 特例入所判定要件 | 該当すると考えられる番号（　　　　）※具体的な理由を記載してください |

※添付書類　入所申込書（写し）及び施設における検討内容等

※特例入所判定要件

①　認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

②　知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

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こと。

④　単身である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等により支援が期待できず、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こと。