（様式２）

**特別養護老人ホーム特例入所に関する意見照会書**

　　　年　　　月　　　日

大曲仙北広域市町村圏組合　管理者　様

所在地

施設名

施設長名

当施設に入所申し込みのありました次の対象者に関し、特例入所の要件に該当するかについて照会いたします。

**１．特例入所申込者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | 申込受理日 | 　 　年　 　月　 　日 |
| （ふりがな）氏名 |  | 性別男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　 年　　月　　日（　　歳） |
| 要介護度 | １ ・ ２　 | 被保険者番号 |  |

**２．特例入所の該当事由**（該当する番号を○で囲んでください。）

|  |
| --- |
| **１**　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見られ、在宅生活が困難である |
| **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、在宅生活が困難である。 |
| **３**　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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である |
| 具体的な状況 | 別添資料のとおり |  |

**３．添付資料**

 　居宅において日常生活を営むことが困難である具体的な状況について記された資料を添付してください。（入所申込調査票の写し、介護支援専門員等意見書の写し　等）