（様式３）

特例入所（申込・継続）に係る意見書

令和　　年　　月　　日

（施設名）施設長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日立市　介護保険課長

令和　　年　　月　　日付けで貴施設から照会がありました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意見は次のとおりです。

１　特例入所申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 特例入所対象者の該当の判断 | 該当 ・ 非該当　 判定要件番号（　　　　　　　　） |

※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。

　２　問い合わせ先

日立市介護保険課　（担当　　　　　　　　）

　　　日立市助川町１－１－１

電話　０２９４（２２）３１１１（内２１１）

　　　０５０（５５２８）５０７９（ＩＰ電話）

　　　FAX 　０２９４－２４－２２８１