

特例入居の要件の判定に係る意見書

申込日：平成 年 月 日 申込者（連絡先）

〒： —

受付日：平成 年 月 日 住 所：

フリガナ
氏名：

電 話：自宅 ()

携帯 ()

入居希望施設	特別養護老人ホームあかしあ荘	保険者（市町名）	
		介護保険 被保険者番号	
(フリガナ) 氏 名		要介護度	
		認知症高齢者の 日常生活自立度	
性 別	男・女	知的障害・精神 障害等の程度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	要介護 有効認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒 —	電話 ()	

(保険者市町記入欄)

特例入居対象者に対しての意見

- 特例入居に該当する（※該当する要件欄にチェックしてください）
- 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
- 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
- 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。
- 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。
- 特例入居に該当しない（※該当しない理由を記載してください
〈理由〉