

(特例) 入 所 申 込 書

受 付 印

特別養護老人ホーム川之江荘 施設長 様

下記「日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由」があるため、貴施設への特例入所を次のとおり申し込みます。また、要介護度や連絡先、介護の状況などに変更があった場合には、速やかに貴施設に届け出ます。

要介護度	1 · 2	居宅介護支援事業所名	(担当ケアマネジャー氏名)			
氏 名			性 別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所				電話番号	()	—

日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由 (該当するものに□をご記入ください)

認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状若しくは行動又は意志疎通の困難さが頻繁にみられること。

知的障害、精神障害を伴い、日常生活に支障を来たすような症状若しくは行動又は意志疎通の困難さが頻繁にみられること。

家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全および安心の確保が困難であること。

単身世帯、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こと。

特記事項 (上記についての具体的な内容、現在利用中の介護サービス等)

(添付書類：介護保険証の写し)

入所申し込みに際し、次のことに同意します。

1. 入所調査に必要場合「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所調査に必要な場合「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から求められた場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。

申込日 平成 年 月 日

(申請者) 氏名 _____ 続柄 _____
 (連絡先) 住所 _____
 電話 () —

様式第1号（第4条関係）

平成 年 月 日

認定資料提供に関する本人同意書

四国中央市長様

私は、四国中央市が保有する私の要介護・要支援認定資料を請求者に提供することに同意します。

被保険者番号										
氏名		印					生年月日			
住所										
代筆者	氏名・本人との続柄	印 本人との続柄（ ）								
	住所									

請求者	住所		
	事業所名		
	代表者名		