

(参考様式第1号)

指定介護老人福祉施設の特例入所該当(申込)者に関する(報告・意見照会)について

(保険者名) の長 様 施設名及び管理者名 平成 年 月 日

届出者

(公印省略可)

佐賀県指定介護老人福祉施設入所指針に基づき、当施設に特例入所の申込みがあった次の被保険者について(報告・意見照会)します。

1. 施設記入欄

被 保 険 者	フリガナ 氏 名	-----		申込受付日	平成 年 月 日	
	住 所	(郵便番号 -----) 県 郡市 (ビルの名称等) -----				
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女		
	被 保 険 者 番 号			保険者名		
	要 介 護 度	1 ・ 2	認定の有効期間	~		
	入 所 申 込 施 設 名			事業所番号		
特 例 入 所 の や む を 得 な い 事 由	考 慮 事 項	該 当 す る 事 項 に 具 体 的 に 記 入				
	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等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こと					

2. 保険者記入欄

当該被保険者が、特例入所対象者に該当するか否かについては、以下のとおりです。

(該 当 す る 番 号 を 丸 で 囲 む)

1	特例入所対象者に該当すると認められる。
2	特例入所対象者に該当すると認められない。
(1又は2とした理由)	

平成 年 月 日

保険者名

(公印省略可)

(参考様式第2号)

指定介護老人福祉施設の特例入所該当者の入所の必要性の高さに関する意見照会について

平成 年 月 日

(保険者名) の長 様

施設名及び管理者名
届出者

(公印省略可)

佐賀県指定介護老人福祉施設入所指針に基づき、当施設に入所申込みのあった次の被保険者について、入所検討委員会において入所を検討していますが、「介護の必要の程度」や「家族の状況」等入所の必要性の高さについて、入所申込者調査票を添えて意見照会します。

1. 施設記入欄

フリガナ 被 保 険 者 氏 名			
保 険 者 名	要介護度	1	2
入 所 申 込 施 設 名	事業所番号		
入 所 予 定 年 月 日			
そ の 他			

2. 保険者記入欄

当該被保険者の、「介護の必要の程度」や「家族の状況」等入所の必要性の高さについては、以下のとおりです。 (該 当 す る 番 号 を 丸 で 囲 む)	
1	施設が示した検討結果に対し、特段の意見はありません。
2	施設において開催される入所検討委員会に参加し、意見を表明します。
3	以下の点を考慮して、入所の必要性の高さについて再度検討してください。 (考慮事項)
平成 年 月 日 保険者名 (公印省略可)	

- 備考 1 施設は、入所申込者調査票を添付してください。
2 保険者が意見を表明する場合は、入所前に意見を述べる必要があります。
そのため、「入所予定年月日」の欄にはなるべく具体的な年月日を記入してください。
3 「その他」欄には、施設から保険者へ特筆すべき事項がある場合に記入してください。
4 本紙及び添付書類に記載された個人情報は、指定介護老人福祉施設への入所を判断する以外の目的では使用しません。