

特養名：	
入所者氏名：	入所申込者被保険者番号：
入所申込者住所：	

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 特例入所の要件への該当

- ア 該当
イ 非該当

2 該当する特例入所の事由

- ア 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こと。
イ 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みられること。
ウ 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。
エ 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。

3 上記 2 に該当する具体的な事由

--

4 その他

--

※ 記入日：令和 年 月 日（ ☐ 入所申込時分 ☐ 入所判定必要時分 ）

特例入所の要件について、上記のとおり回答します。

保険者の長 _____