（参考様式２）

（　文　書　番　号　）

令和　　年　　月　　日

　保険者市町長

施設名

施設長名

特別養護老人ホームへの特例入所対象者の入所判定について

　特例入所の申込みにあたって令和　　年　　月　　日付けで意見を受けた下記の特例入所対象者について、入所検討委員会において入所の検討を行うにあたり、貴市町の意見を求めます。

記

　特例入所対象者　氏名

　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　被保険者番号

　対象者の状況

　　要介護度：　□要介護１　　□要介護２

　　家族等介護者の状況：　□　単身

□　高齢者世帯、介護者が虚弱等

□　介護者が就業中・複数の人を介護している等

　　介護の必要性：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当者名：

電話番号：

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者市町名

　意見照会のありました上記特例入所対象者については、本人の状況や介護の必要性、家族等介護者の状況等から、

□　施設入所が適当と思われる。

□　施設入所の必要性は低いものと思われる。

　（特記事項）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当所属：

電話番号：