**特別養護老人ホーム特例入所要件**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **被保険者番号** |  |
| **住所** |  |
| **介護度** |  | **認定期間** | **年　　月　　日～　　　年　　月　　日** |

**■特例入所の要件（常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な状況）**

※該当する箇所に○を記入し、その状況を具体的に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。** |
| 具体的内容 |  |
| イ | **知的障がい・精神障がい等を伴い、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。** |
| 具体的内容 |  |
| 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。** |
| 具体的内容 |  |
| エ | **単身世帯である、あるいは同居家族が高齢又は虚弱である等により家族等による支援が期待できない。** |
| 具体的内容 |  |
| **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。** |
| 具体的内容 |  |

※添付書類：入所申込書（施設様式）、調査票（県様式１）、介護支援専門員意見書（県様式２）

伊賀市介護高齢福祉課