

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

施 設 名

施 設 長

特別養護老人ホームへの特例入所による申込みについて（依頼）

このことについて、要介護 2 又は 1 の者から、当施設への入所申込みがありました。

当施設に入所するに当たり、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 17 条の 10 に規定する「居宅において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と認められた者」に該当し、特例入所の要件を満たしているか、あらかじめ貴職の意見を求めたいので、下記のとおり確認をお願いします。

記

1. 入所申込者

住 所

電話番号

氏 名

性・別 男 女

生年月日 年 月 日

被保険者番号

そ の 他 新規申し込み者 新様式による再申込 ※平成 26 年度以前からの申込み者

2. 申込者による申請内容（在宅が困難な状況）

居宅において日常生活を営むことが困難な事由	該当に○
① 認知症であることにより、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、居宅において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。	
② 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が頻繁に見られ、居宅において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。	
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・安心の確保が困難な状態であり、居宅において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。	
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により、居宅において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。	

安曇野市様式2

担当ケアマネジャー（担当ケースワーカー）の意見書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

居宅介護支援事業所 住所

事業所名

代表者名

被保険者氏名	被保険者番号										性別	男・女
介護区分	要介護1 ・ 要介護2										年齢	歳
被保険者住所	電話番号 ()											
介護支援専門員 氏名及び連絡先	氏名										電話番号 ()	
世帯情況	一人暮らし・高齢者世帯・同居家族あり ()											
①居宅において 日常生活を営む ことが困難なや むを得ない事由	1. 認知症であることにより、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。 2. 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が頻繁に見られる。 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・安心の確保が困難な状態である。 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。											
①を選択した事由の状況、詳細等	(居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由の、状況について詳細を記載して下さい)											
その他居宅生活に向けた検討状況等	(地域包括支援センターとの相談の状況等)											

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

施 設 名
施 設 長

特別養護老人ホーム入所者の要介護度変更に伴う特例入所要件
の該当の有無について (依頼)

平成 27 年 4 月 1 日以降に当施設に入所している下記の者が、この度の要介護認定により
要介護 2 (又は 1) に判定されました。

当施設に引き続き入所するには、介護保険法施行規則 (平成 11 年厚生省令第 36 号) 第
17 条の 10 に規定する「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得な
い事由があると認められた者」に該当するのが必要となることから、特例入所の要件を満
たしているか貴職の意見を求めますので、年 月 日までに御回答いただきますようお願い
いたします。

記

意 見 を 求 め る 者	氏名		性別	
	生年月日		要介護度	
	入所前又は 家族の住所			

(添付書類)

- 1 個人情報提供に関する同意書の写
- 2 施設相談員の意見書 (安曇野市様式 6)
- 3 施設入所申込書 (入所時) の写

施設相談員の意見書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

特別養護老人ホーム 住所

施設名

代表者名

被保険者氏名	被保険者番号										性別	男・女
介護区分	要介護1 ・ 要介護2										年齢	歳
入所前の被保険者住所	電話番号 ()											
施設相談員氏名及び連絡先	氏名										電話番号 ()	
入所前の世帯情況	一人暮らし・高齢者世帯・同居家族あり ()											
①居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない現在の事由	1. 認知症であることにより、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。 2. 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が頻繁に見られる。 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・安心の確保が困難な状態である。 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。											
①を選択した事由に、状況詳細等	(居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない現在の事由の、状況について詳細を記載して下さい)											
その他施設に入所となった経緯	(施設入所となった入所判定の経過について記載して下さい)											