

～特例入所理由書への記入上のご留意点～

- *特例入所の対象者は要介護1もしくは2の方のうち、特例入所の理由・要件に該当する方に限られます。したがって、理由・要件に該当しない方は入所対象となりません。
- *本理由書は要介護1～2の認定を受けられている方のみ申込施設へ申込書と共に提出してください。
- *本理由書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。
- *本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

特別養護老人ホーム 特例入所理由書

(町田市統一書式)

受付日	年	月	日
受付番号			

入所希望者の情報	フリガナ		性別	保険者(市区町村名)	市・区・町・村												
	本人氏名		男・女	介護保険被保険者番号													
				要介護度	要介護	1	・	2									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	認定有効期間	平成	年	月	日	から				
													平成	年	月	日	まで

※下記の特例入所に該当する理由・要件のうち、該当するものすべてをチェックしてください。

- 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。
- 2. 知的障がい、精神障がい等を伴い、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・安心の確保が困難である。
- 4. 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

要介護認定の区分変更申請の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	年	月	日に(申請予定・申請した)
------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	---	---------------

同意欄	本理由書を町田市へ提出することに同意します。 ※本理由書は町田市への報告義務があります。予めご了承ください。 本人氏名 _____ 印
	_____年 月 日 代理人氏名(続柄) _____ 印

担当ケアマネジャーもしくは担当相談員(病院・施設・高齢者支援センター等)が特例入所についてのご意見を記載してください。【緊急性・虐待等】

記載者	所属機関名	職種	氏名