

【様式9】

年 月 日

特別養護老人ホーム等特例入所申込者の意見（情報提供）依頼申出書

（宛先） 豊中市長

施設名
代表者名

当施設に入所申込があった要介護1又は2の者のうち、次の者について特例入所の要件に該当するか否かを判断するにあたり、保険者の意見（情報提供）を求めます。

入所申込日	被保険者番号	氏名	性別	生年月日
年 月 日	100		男 女	明・大・昭 年 月 日
住所		要介護度		要件
		要介護		
(特例入所に該当する要件について詳細に記載し,市に求める情報内容について記載してください。)				

1. 「入所申込みに係る同意書」の写しを添付してください。
2. 「要件」には次の特例入所の要件のうち、該当する番号を記載してください。
 - 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
 - ② 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こと
 - ③ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
 - 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

【連絡先】

担当者名

TEL

(職種)