

～特例入居理由書への記入上のご留意点～

※特例入居の対象者は要介護1もしくは2の方のうち、特例入居の理由・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居対象となりません。

※本理由書は要介護1～2の認定を受けている方のみ申し込み施設へ申込書と共に提出してください。

フェリーチェ上野原 特例入居理由書

受付日	年 月 日		
受付番号			
入居希望者の情報	フリガナ	保険者(市区町村名)	市・区・町・村
	本人氏名	介護保険被保険者番号	
	生年月日	要介護度	要介護 1 2
	性別	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

※下記の特例入居に該当する理由・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。

<input type="checkbox"/>	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みられる。
<input type="checkbox"/>	2	知的障害、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みられる。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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	本理由書を保険者へ提出することに同意します。		
	※本理由書は保険者への報告義務があります。あらかじめご了承ください。		
	年 月 日	本人氏名	印
		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)が特例入居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

保険者市町村への報告

報告日 月 日

報告者

保険者市町村確認日 月 日

担当者

