**特別養護老人ホーム特例入所報告書**

平成　　年　　月　　日

坂井地区広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者 |  |

　当施設に入所申込のあった要介護１または２の者のうち、入所判定委員会において協議した結果、次の者の入所が決定しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護度 | 　１　・　２ |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 特例入所の要件に該当する事由 | □認知症があって、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等が頻繁に見られる。□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見られる。□家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である。□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が十分に受けられない。 |
| 上記の理由の詳細 |
| 入所の時期 | 平成　　　年　　　　月　　　　　日 |