**特別養護老人ホーム特例入所希望報告書**

令和　　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 |  |

　次の者が当施設に特例入所を希望されておりますので、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 |
| 現在の住所  （入所前住所） | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 入所希望理由 | □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 | | | | | | | | | | | |
| 入所申込日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 保険者の判断の可否 | □施設長の判断により特例入所の要件に該当するものと認めます。  □特例入所の要件に該当するか保険者に意見を求めます。 | | | | | | | | | | | |