様式2

指定介護老人福祉施設等における特例入所該当者報告書

令和　　年　　月　　日

中川町長　様

施設名

施設長名

下記の者に係る特例入所の適否の判定を行うにあたり、中川町特別養護老人ホーム入所指針に基づき報告します。

1. 申込者の状況
2. 特例入所の要件に該当する可能性のある申込者の氏名等
   1. 被保険者番号：
   2. 氏名：
   3. 生年月日：
   4. 要介護度：（　1　・　2　）
   5. 認知症高齢者の日常生活自立度：（　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅿ ）
   6. 障害の程度のわかる手帳の所有：（有：　　　　　　　　　　　　　/　無　）
3. 特例入所に該当すると認められるやむを得ない事由等

指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について（老高発1212第1号/各都道府県介護保険主管部（局）長宛/厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）2-（1）の①～④のうち該当すると認められる者：（　①・②・③・④　）

2　添付資料

・指定介護老人福祉施設等 入所申込書（写）

・中川町指定介護老人福祉施設等入所判定表（写）

3　保険者市町村からの意見の要否：（　要　・　不要　）

4　担当者連絡先

|  |
| --- |
| 所在地：  連絡先電話：  担当者氏名： |

備考）カッコの中は選択し、〇で記入する。