

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
3. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
4. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
5. 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
6. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
7. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
8. 有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
9. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
10. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
11. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護を除く。)
12. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
13. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他

市町村（保険者） 殿

特列入所申込受付報告書

施設名 _____

施設長名 _____
(記名押印又は署名)

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり特列入所申込みを受け付けましたので、入所申込書の写しを添付の上、報告します。

申込者氏名						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年	月	日					
保険者番号						要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2			
被保険者番号										
申込内容	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。									
	(具体的状況及び施設の見解)									

入所申込みの「受付」についての意見を下記又は任意の様式により、年 月 日までにお知らせください。

市町村 (保険者) 意見	次のとおり意見します。									

市町村（保険者） 殿

特例入所意見照会書

施設名 _____

施設長名 _____
(記名押印又は署名)

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり入所検討委員会を開催しますので、特例入所対象者についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所検討委員会開催日時	年 月 日 時 分 より
-------------	--------------

○特例入所対象者の状況

1	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	
	保険者番号		被保険者番号							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入所申込日	年 月 日					
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見				
	<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				
2	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	
	保険者番号		被保険者番号							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入所申込日	年 月 日					
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見				
	<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				

年 月 日

市町村（保険者）長

評 価 票

申込年月日	年 月 日	受付番号							
フリガナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和						
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)					
入 所 判 定 基 準		点 数							
		回 数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	
		評価月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
		評価者							
本人の状況	要介護度		点	点	点	点	点	点	
	認知症の行動・心理症状		点	点	点	点	点	点	
介護サービス等の利用状況	①居宅サービス利用量		点	点	点	点	点	点	
	②施設・病院に入所・入院		点	点	点	点	点	点	
介護者等の状況	①単身世帯で介護者なし		点	点	点	点	点	点	
	②①以外		/	/	/	/	/	/	
	世帯の状況		点	点	点	点	点	点	
	主たる介護者の年齢		点	点	点	点	点	点	
	主たる介護者の状況		点	点	点	点	点	点	
特記事項	その他の介護支援		点	点	点	点	点	点	
	チエック項目	家族等による介護拒否		点	点	点	点	点	点
		遠距離介護		点	点	点	点	点	点
		長期にわたる介護		点	点	点	点	点	点
		施設等からの退所		点	点	点	点	点	点
		住環境問題		点	点	点	点	点	点
		経済的理由による居宅サービス利用状況		点	点	点	点	点	点
		経済的理由により入所先が限定		点	点	点	点	点	点
		在宅における医療的処置		点	点	点	点	点	点
		点数化できない認知症		点	点	点	点	点	点
		知的障がい・精神障がい等		点	点	点	点	点	点
		居住地域の介護サービスが不十分		点	点	点	点	点	点
		介護負担が大きい		点	点	点	点	点	点
その他		点	点	点	点	点	点		
特記事項 小計			点	点	点	点	点	点	
合 計			点	点	点	点	点	点	

備 考	1回目	
	2回目	
	3回目	
	4回目	
	5回目	
	6回目	

市町村（保険者） 殿

入所継続意見照会書

施設名 _____

施設長名 _____
(記名押印又は署名)

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり平成27年4月1日以降に入所した要介護3から要介護5までの入所者が要介護1又は要介護2となりましたので、当該入所者の特例入所による入所の継続についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所者氏名						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年 月 日								
保険者番号						要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2				
被保険者番号											
入所者の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。										
	(具体的状況及び施設の見解)										

市 町 村 (保 険 者) 意 見	次のとおり意見します。										