特別養護老人ホーム特例入所に関する報告書

年　　月　　日

潟上市長　様

住　所

施設名

施設長

このことについて、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別・年齢 | 男　　女　・　　　才　 |
| 住　　　 所 |  |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | 入所時要介護度 | 要介護　３　４　５ |
| 変更後要介護度 | 要介護　　１　　２ | 変　 更 　後認定有効期間 | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |
| 特例入所該当事由 | □　認知症であって、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等が頻繁に見られる。□ 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。□ 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。 |
| 判断した理由 |

※必要に応じて、添付書類の提出を求める場合があります。