

特例入所対象者連絡票

平成 年 月 日

鳴門市長様

次の者について、当施設に入所申し込みがありましたので、連絡します。

申込年月日	平成 年 月 日
-------	----------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日									
		明・大・昭 年 月 日									
	住 所	性別									
		男 ・ 女									
	要介護区分	要介護()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
特例入所の 要件 ※項番号に ○を入れ、下 欄に状況を記 載	1	認知症である者であって、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こと									
	2	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頻繁に見られること									
	3	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・安心の確保が困難な状態であること									
	4	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こと									
該当する理由	※相談対応時の基本情報等で確認できる場合は写しの添付で可										

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									

連 絡 者	氏 名										
	所 属										

特例入所対象者取消連絡票

平成 年 月 日

鳴門市長様

次の者について、特例入所の対象外となりましたので、連絡します。

申込年月日	平成 年 月 日
-------	----------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名										
		生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住 所	〒									
対象外となつた理由	1	入所申込の取消のため(家族等からの連絡)									
	2	要介護度の変更による (変更後:)									
	3	他施設等への入所による									
	4	その他()									

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									

連 絡 者	氏 名										
	所 属										