

筑後市長 様

特例入所意見照会書

施設名 _____
 施設長名 _____ 印
 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	4	0	2	1	1	5	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	4	0	2	1	1	5	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 筑後市長 印