

筑後市長 様

入所継続意見照会書

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	□男 □女				
生年月日	□明治 □大正 □昭和		年		月	日					
保険者番号	4	0	2	1	1	5	要介護度	□要介護1 □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。 <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。										