　　　年　　　月　　　日

直方市長　様

**特例入所申込受付報告書兼協議書**

印

施 設 名

施設長名

担当者名

電話番号

以下のとおり、特例入所申込みを受け付けましたので、報告するとともに意見を求めます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者本人氏名 | （ふりがな） | 性　　別 | ☐男　☐女 |
| 生年月日 | ☐明治　☐大正　☐昭和  　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　年齢（　　　　歳） | | |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 | ☐１　☐２ |
| 受付事項 | ☐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  ☐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  ☐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 | | |
| （具体的状況及び施設の見解） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村  （保険者）  意見欄 | 年　　　月　　　日  ☐特例入所要件に該当すると判断します。  ☐次のとおり意見します。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  直方市長 | |
| 所属（担当係）  担　　当　　者 | 直方市役所介護サービス係　　　TEL：0949-25-2390  担当者： |

施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| １　世帯及び介護者の状況（家族等からの支援が期待できない理由等） | |
| ２　他のサービス検討状況（地域でのサービスや他の施設サービスを利用できない理由等） | |
| ３　認知症等症状（症状名や障がい手帳の有無等） | |
| ４　認知症等問題行動（問題行動について周囲が困っていることを具体的に記入） | |
| ５　その他特記事項 | |