

新旧対照表

新	旧	
神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針	神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針	
1 目的 この指針は、特別養護老人ホーム(以下「施設」という。)のサービスを受ける必要性が高い入所希望者が優先的に <u>施設に</u> 入所できるようにするという観点から、入退所に関する手続き及び基準を明示することにより、入退所における透明性及び公平性を確保するとともに、介護保険制度の趣旨に即した施設サービスの円滑な実施に資することを目的とします。	1 目的 この指針は、特別養護老人ホーム(以下「施設」という。) <u>への入所申込みが増加している中で、施設</u> のサービスを受ける必要性が高い入所希望者が優先的に入所できるようにするという観点から、入退所に関する手続き及び基準を明示することにより、入退所における透明性及び公平性を確保するとともに、介護保険制度の趣旨に即した施設サービスの円滑な実施に資することを目的とします。	入所申込みが増加しているとする表現を削除
2～5 (略)	2～5 (略)	
6 その他 (1)・(2) (3) 入退所指針の適用時期 本指針は、 <u>令和 年 月 日</u> ( <u>施行日</u> ) から適用します ただし、入所決定に係る事項については、令和2年5月1日以降の入所者を対象とすることとし、令和2年4月30日以前の入所者については従前の例によります。	6 その他 (1)・(2) (略) (3) 入退所指針の適用時期 本指針は、 <u>令和2年4月1日</u> から適用します。 ただし、入所決定に係る事項については、令和2年5月1日以降の入所者を対象とすることとし、令和2年4月30日以前の入所者については従前の例によります。	
別表 (略)	別表 (略)	

様式1 標準入所申込書

(様式1)

標準入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者 (連絡先)

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名		電話番号	( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)								性 別	男 ・ 女			
	氏 名								住民登録	市・区・町・村			
	現 住 所	〒 電話											
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )											
	健 康 保 険	種 別				記号・番号							
	年 金 等	種 別											
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名 ) (判 定 級(度) 年 月 日)											
	介 護 保 険	被保険者番号											
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
		【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 以下のうち、該当すると思われる項目に印を付けてください。(複数可)。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 認知的障害・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こと等により、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。  ※該当すると思われる項目については、詳細について何う必要がありますので、そうした事情											
(認定期間) 年 月 日～ 年 月 日													
現在利用し ている施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) 施設名又は病院名 (所 在 地) 市・区・町・村 入所又は入院期間 年 月 日～												

\* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

様式1 標準入所申込書

(様式1)

標準入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者 (連絡先)

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名		電話番号	( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)								性 別	男 ・ 女			
	氏 名								住民登録	市・区・町・村			
	現 住 所	〒 電話											
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )											
	健 康 保 険	種 別				記号・番号							
	年 金 等	種 別											
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名 ) (判 定 級(度) 年 月 日)											
	介 護 保 険	被保険者番号											
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
		【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 以下のうち、該当すると思われる項目に印を付けてください。(複数可)。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 認知的障害・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こと等により、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。  ※該当すると思われる項目については、詳細について何う必要がありますので、そうした事情											
(認定期間) 年 月 日～ 年 月 日													
現在利用し ている施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) 施設名又は病院名 (所 在 地) 市・区・町・村 入所又は入院期間 年 月 日～												

\* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

	入所希望者の状況	<div>現在利用している居宅サービス</div> <div>* 1 該当するものをすべて選んでください。</div> <div>* 2 [ ] 内に事業者名を記入してください。</div> <div><div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 通所介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給</div><div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給</div><div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> その他の生活支援 ( )</div><div></div></div></div></div>	入所希望者の状況	<div>現在利用している居宅サービス</div> <div>* 1 該当するものをすべて選んでください。</div> <div>* 2 [ ] 内に事業者名を記入してください。</div> <div><div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 通所介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護</div><div>(月に 回程度) [ ]</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給</div><div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給</div><div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> その他の生活支援 ( )</div><div></div></div></div></div>				
	身体	<div>食 事 取 扱</div> <div>排 泄</div> <div>入 浴</div> <div>更 衣</div> <div>移 動</div> <div>視 力</div> <div>聴 力</div> <div>言 語</div> <div>補足すべき身体</div>	<div>食 事 取 扱</div> <div>排 泄</div> <div>入 浴</div> <div>更 衣</div> <div>移 動</div> <div>視 力</div> <div>聴 力</div> <div>言 語</div> <div>補足すべき身体</div>	身体	<div>食 事 取 扱</div> <div>排 泄</div> <div>入 浴</div> <div>更 衣</div> <div>移 動</div> <div>視 力</div> <div>聴 力</div> <div>言 語</div> <div>補足すべき身体</div>	身体	<div>食 事 取 扱</div> <div>排 泄</div> <div>入 浴</div> <div>更 衣</div> <div>移 動</div> <div>視 力</div> <div>聴 力</div> <div>言 語</div> <div>補足すべき身体</div>	
	認知症・精神	<div>認知症・精神の症状</div> <div>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</div>	<div>認知症・精神の症状</div> <div>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</div>	認知症・精神	<div>認知症・精神の症状</div> <div>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</div>	認知症・精神	<div>認知症・精神の症状</div> <div>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</div>	

	入所希望者の状況	<div>医療的処置</div> <div>* 該当するものをすべて選んでください。</div> <div><div><div><div><input type="checkbox"/>カテーテル</div><div><input type="checkbox"/>酸素療法</div><div><input type="checkbox"/>その他（ （現在治療中の病気）</div></div><div><div><input type="checkbox"/>ストマ(人工肛門)</div><div><input type="checkbox"/>インシュリン注射</div></div><div><div><input type="checkbox"/>経管栄養（鼻腔・胃ろう）</div><div><input type="checkbox"/>疼痛看護</div></div></div></div> <div><table><tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td>期間</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td>内服薬</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>感染症</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="3">(既往症)</td></tr><tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td>期間</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr></table></div>	病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			(既往症)			病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
	病名	入院・通院病院	期間																																
			年 月～																																
		年 月～																																	
		年 月～																																	
内服薬																																			
感染症																																			
(既往症)																																			
病名	入院・通院病院	期間																																	
		年 月～ 年 月																																	
		年 月～ 年 月																																	
		年 月～ 年 月																																	

入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）

☐入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している  
☐入所希望者は在宅での生活を希望している  
☐入所希望者の意向は確認していない又は確認できない  
☐その他（

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい			
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____			
担当ケアマネジャー		氏 名		連 絡 先	電話 ( )
		事業所名			
備 考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。  _____  _____  _____  _____  _____  _____				
おねがい		入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。			
同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <div>入所希望者氏名 申 込 者 氏 名</div>				
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 <div>(本人との続柄) ____年 ____月 ____日 氏 名 ( )</div>				

様式2 標準入所希望者調査票（略）

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい			
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____			
担当ケアマネジャー		氏 名		連 絡 先	電話 ( )
		事業所名			
備 考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。  _____  _____  _____  _____  _____  _____				
おねがい		入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。			
同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <div>入所希望者氏名 申 込 者 氏 名</div>				
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 <div>(本人との続柄) ____年 ____月 ____日 氏 名 ( )</div>				

様式2 標準入所希望者調査票（略）

印を削除

様式 3－1 特例入所対象者報告書（入所希望者用）

（様式 3－1：入所希望者用）

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました要介護 1 又は要介護 2 の入所希望者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことにについてやむを得ない事由があること）を次のとおり判定しましたので、当該入所希望者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所希望者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなると判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の（ ）内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

（添付書類）

施設における検討結果

様式 3－1 特例入所対象者報告書（入所希望者用）

（様式 3－1：入所希望者用）

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました要介護 1 又は要介護 2 の入所希望者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことにについてやむを得ない事由があること）を次のとおり判定しましたので、当該入所希望者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所希望者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなると判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の（ ）内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

（添付書類）

施設における検討結果

㊦を削除

様式 3－2 特例入所対象者報告書（入所者用）

（様式 3－2：入所者用）

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の要介護 1 又は要介護 2 の入所者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があること）を次のとおり判定しましたので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなったと判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の（ ）内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

（添付書類）

施設における検討結果

様式 3－2 特例入所対象者報告書（入所者用）

（様式 3－2：入所者用）

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の要介護 1 又は要介護 2 の入所者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があること）を次のとおり判定しましたので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定（ ） イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなったと判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の（ ）内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

（添付書類）

施設における検討結果

㊦を削除

様式 4－1 意見依頼書（入所希望者用）

（様式 4－1：入所希望者用）

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました次の入所希望者について、特別養護老人ホームの特  
例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所希望者  
の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所希望者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

（添付書類）

施設における検討内容

様式 4－1 意見依頼書（入所希望者用）

（様式 4－1：入所希望者用）

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました次の入所希望者について、特別養護老人ホームの特  
例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所希望者  
の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所希望者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

（添付書類）

施設における検討内容

㊦を削除



様式 4－2 意見依頼書（入所者用）

（様式 4－2：入所者用）

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の次の入所者について、特別養護老人ホームの特例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

（添付書類）

施設における検討内容

参考様式 意見書 （略）

様式 4－2 意見依頼書（入所者用）

（様式 4－2：入所者用）

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地

名 称

施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の次の入所者について、特別養護老人ホームの特例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

（添付書類）

施設における検討内容

参考様式 意見書 （略）

㊦を削除