

(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ついてやむを得ない事由があること）及び地域の実情等を踏まえ、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 : 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）及び地域の実情等を踏まえ、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