

(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

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。

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

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。