（参考様式）

意　見　書

年　　月　　日

特別養護老人ホーム
施設長　殿

市町村介護保険担当課長

年　　月　　日付けで貴施設から依頼のありました特例入所の要件の判定に係る意見については、次のとおりです。

No.	入所(希望)者		貴施設の検討内容に対する意見
	氏名	被保険者番号	
1			無・有（別紙　　）
2			無・有（別紙　　）
3			無・有（別紙　　）
4			無・有（別紙　　）
5			無・有（別紙　　）

担当課名	
担当者名	
電話番号	
（内線）	