中野区特別養護老人ホーム（特例入所）理由書　　別紙

年　　月　　日

この理由書は担当のケアマネジャーがご記入下さい。特養ホーム以外の施設に入居している方は施設のケアマネジャーや相談員がご記入下さい。ケアマネジャーが居ない場合は担当の地域包括支援センターにご相談下さい。

施設長あて

入所希望者 お　名　前	ふりがな	性別	生年月日	介護保険 被保険者番号	○○○
		男・女	明治・大正・昭和 年　　月　　日		
ご　住　所	郵便番号 電話　　（　　）				
要介護度	特例入所者　　要介護　（ □ 1　　□ 2）				

特例入所の要件

※下記に該当する全てにチェックをして下さい。

下記のいずれかに該当する方が特例入所者の対象になります。

□認知症であることにより、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方。
□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方。
□家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
□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ない方。
□サービスの利用が限度額9割以上の方

特記事項があればご記入下さい。	

記入者	□ 担当ケアマネジャー　□ 地域包括支援センター　□ その他（関係等:　　）
	記入者氏名
	連絡先（事業所名・会社名）　　電話　　（　　）

同意書（本人又は代筆者）

この理由書の提出について同意します。

年　　月　　日　　氏名　　代筆者氏名