

年 月 日

施設長 殿

申請者氏名

申請者住所

特別養護老人ホームこもればの郷特例入所対象者（要介護1又は2）に伴う申請書

本人氏名		介護保険被保険者番号
		要介護度	要介護 1 ・ 2
生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）	認定有効期間	年 月 日 から
			年 月 日 まで
※下記の特例入所対象者としてあてはまる要件のうち、あてはまるものすべてにチェックを付けて下さい。			
<input type="checkbox"/> 1. 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。			
<input type="checkbox"/> 2. 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。			
<input type="checkbox"/> 3. 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"/> 4. 単身世帯である、同居家族が高齢また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。			
【具体的な理由を記入してください】			