（様式3）

特 例 入 所 の 要 件 に 係 る 情 報 提 供 書

事業所・施設名		記入者氏名	
事業所等所在地		連絡先	
		記入日	年　月　日

対象入所申込者情報	氏名			被保険者番号	
				性別	男 ・ 女
	住所			生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日
				介護度	要介護　１ ・ ２
	手帳保有状況	認知症高齢者の日常生活自立度	無 ・ 有	ランク （ 自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ Ｍ ）	
		療育手帳	無 ・ 有	等 級 （ Ｂ ・ マルＢ ・ Ａ ・ マルＡ ）	
		精神障害者保健福祉手帳	無 ・ 有	等 級 （ ３級 ・ ２級 ・ １級 ）	
	在宅サービス利用率	（　　）%		※ 申込日の属する月の前３月について、［利用単位合計÷支給限度額合計］（少数点以下四捨五入）により算出	

		項　目	該当性
入所申込者の状況	1	認知症である者であって、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みられること	該当 ・ 非該当
	2	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みられること	該当 ・ 非該当
	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こと	該当 ・ 非該当
	4	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こと	該当 ・ 非該当

（1～4の該当する項目について、入所申込者の具体的な状況を御記入ください。）