

特列入所要件申出書

令和 年 月 日

大仙美郷介護福祉組合管理者 様

申込者氏名

申込者住所

入所対象者氏名

<input type="checkbox"/>	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、行動及び意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である場合
該当する理由	

<input type="checkbox"/>	知的障害又は精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状、行動及び意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である場合
該当する理由	

<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全及び安心の確保が困難である場合
該当する理由	

<input type="checkbox"/>	単身世帯である若しくは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サービスが十分に提供されないことにより、在宅生活が困難な状態である場合
該当する理由	

所属事業所	
申出書作成者	印