（様式４－２：入所者用）

意見依頼書

　　年　　月　　日

海老名市介護保険担当課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  | |
| 名称 |  | |
| 施設長 |  |  |
|  |  | |
| 事業所番号 |  | |
| 電話 |  | |
| 担当者 |  | |

当施設の次の入所者について、特別養護老人ホームの特例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 入所者 | | 施設における検討内容に基づく判断 |
| 氏名 | 被保険者番号 |
| １ |  |  | 該 当 ・ 非該当 |
| ２ |  |  | 該 当 ・ 非該当 |
| ３ |  |  | 該 当 ・ 非該当 |
| ４ |  |  | 該 当 ・ 非該当 |
| ５ |  |  | 該 当 ・ 非該当 |

（添付書類）

施設における検討内容