

様式3

特例入所に係る意見照会

年 月 日

〇〇市町村介護保険主管課長 様

所在地
法人名
施設名
施設長氏名

今般、下記の者について入所の申込があり、特例入所を認めるか否かについて判断する必要がありますので、貴市町村の意見を求めます。

記

1 特例入所申込者

氏名

性別

生年月日

現住所

介護度

被保険者番号

2 意見照会の内容

3 回答希望期日

年 月 日

添付書類

指定介護老人福祉施設等入所申込書（写し）