

様式 2

意見依頼書

稲城市福祉部高齢福祉課長 様

依頼年月日	年 月 日
施設所在地	
施設名称	
施設長名	
電 話	
担当者名	

当施設に入所申込がありました稲城市介護保険被保険者である要介護1又は要介護2の入所希望者について、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があること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、意見を求めます。

No.	入所申込日	入所希望者氏名	被保険者番号	入所検討委員会 予定日※
1				
2				
3				
4				
5				

(添付書類)

施設における検討内容等のわかる書類

※入所検討委員会予定が不明な場合は未定と記入する。