

様式 1

特列入所対象者報告書

稲城市福祉部高齢福祉課長 様

報告年月日	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から入所申込を受け付けましたので報告します。平成____年 月分

No.	入所申込 受付日	入所希望者（被保険者） 氏 名	被保険者番号

(添付書類)

入所申込書または特列入所申込書別紙（稲城市様式）等、特列入所の対象であることを判断したことが確認できる書類