

【入所申し込みにあたり】

この度は、「特別養護老人ホームやまのべ荘」の入所申し込みをご検討いただき、誠にありがとうございます。

入所申し込みにあたり、

- ① 入所申込書
- ② 特別養護老人ホーム入所意見書（介護支援専門員等が作成する書類）
- ③ 介護保険被保険者証（写し）

が必要となります。

入所申込書を記入のうえ、入所意見書等を添えて、来荘か、郵送での返送をお願いします。ご不明な点などがありましたら、下記担当者までご連絡ください。

※ 施設見学をご希望の場合は、お申し出ください。

特別養護老人ホーム やまのべ荘

(電話番号) 023-665-7891

(入所担当者) 小野 ・ 高橋 ・ 永岡 ・ 大滝

入所及び相談受付時間 平日 8:30～17:30 となっております。

(※ 土日祝祭日等は除く)

《留意点》

- ※ 入所申し込みの対象は、要介護度1～5までに認定された方です。
なお、入所は原則として要介護度3以上の認定を受けられた方となります。
- ※ 特別養護老人ホームは医療機関ではありませんので、入院治療を必要とする方は、対象外となります。
- ※ 介護保険被保険者証の更新等に伴う要介護度の変更、ご本人の状態変化、その他相談したいことなどありましたら、担当者までご連絡ください。
- ※ 入所申し込みを取り下げる際は、お手数ですが、ご一報ください。

《入所の選考について》

入所申込書等を受付した後に、待機者として登録いたします。その後、当施設の設置機関である入所順位決定委員会で協議され、入所順位が決まります。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)やまのべ荘 入所申込書

令和 年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな)	続柄	
住所	〒		
電話	自宅	()	携帯電話
	勤務先	()	名称
入所希望者本人の同意の有無	有	無	不可能

注)入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注)電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	氏名	(ふりがな)	性別	男・女				
			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	現住所	〒			電話番号 ()			
	介護保険	被保険者番号		保険者名				
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		認定期間	年 月 日 ~		年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請中	
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	(ふりがな) 氏名 事業所所在地	事業所名 電話 ()				
	健康保険	(種別・記号番号)						
	年金等	(種別)				支給年額		
		(種別)				支給年額		
	生活保護受給	あり・なし		重度心身医療証受給		あり・なし		
	障害者手帳等	手帳の種類 (障害名:) 判定 級(度) 年 月 日						
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている(施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他() 施設名又は病院名() 所在市町村名: () 入所又は入院の時期:平成・令和 年 月頃						
	主たる介護者	(ふりがな)	性別	本人との関係				
			男・女	生年月日:大正・昭和・平成		年	月	日
家族構成	氏名	続柄	年齢	同・別	氏名	続柄	年齢	同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別
				同・別				同・別
身元引受人	契約代理になっていただける方		(氏名)	(続柄)				

入所希望者の状況	主治医	(ふりがな) 氏名	医療機関名
		医療機関所在地	電話
医療の状況	病歴(現病名:) (既往歴:) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症()		
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症(ひどい・軽い・なし) <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動() <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない		
	<input type="checkbox"/> 視力に問題がある：具体的に..... <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある：具体的に.....		
	歩行... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食事... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> () 入浴... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ... <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため		
入所の希望理由	特記事項(具体的な事情など) 		
特例入所の要件理由	※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <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・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、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の供給が不十分である		
	理由(具体的な状況など)		
説明確認及び情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。 令和 年 月 日 入所希望者名 _____ 印 同上家族氏名 _____ 印		

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) やまのべ荘 入所申込書

令和 年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな) やまがた いちろう 山形 一郎 ㊞	続柄	長男
住所	〒 990-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
電話	自宅	023 (6〇〇) 1234	携帯電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	勤務先	()	名称
入所希望者本人の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 無 不可能		

注)入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注)電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	氏名	(ふりがな) やまがた はなこ 山形 花子	性別	男・女					
	現住所	〒 990-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 電話番号 023(6〇〇) 1234							
	介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	保険者名	〇〇市				
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
		認定期間	H〇〇年 4月 〇日 ~ H〇〇年 3月〇〇日 <input type="checkbox"/> 申請中						
	担当ケアマネージャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	(ふりがな) 氏名 〇〇 〇〇 事業所所在地 〇〇市	事業所名 居宅介護支援事業所〇〇〇 電話 023 (6〇〇)〇〇〇〇					
	健康保険	(種別・記号番号) 後期高齢者医療被保険者証 01234567							
	年金等	(種別)	厚生年金	支給年額 約 〇〇万円					
		(種別)		支給年額					
	生活保護受給	あり・なし		重度心身医療証受給	あり・なし				
	障害者手帳等	手帳の種類 身体障害者手帳 (障害名: 〇〇〇機能障害) 判定 2 級(度) H〇〇年 〇月 〇日							
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院に入っている(施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他() 施設名又は病院名(〇〇〇〇〇病院 所在市町村名: 〇〇市) 入所又は入院の時期: 平成・令和〇〇年〇〇月頃							
	主たる介護者	(ふりがな) やまがた まるこ 山形 〇子	性別	本人との関係	長男の妻				
	家族構成	氏名	続柄	年齢	同・別	氏名	続柄	年齢	同・別
		山形 一郎	長男	〇歳	同・別				同・別
山形 〇子		長男の妻	〇歳	同・別				同・別	
山形 二郎		二男	〇歳	同・別				同・別	
				同・別				同・別	
身元引受人	契約代理になっていただける方 (氏名) 山形 一郎		(続柄) 長男						

入所希望者の状況	主治医	(ふりがな) 氏名 ○○ ○○○ 医療機関所在地 ○○市○○町○○番地 電話	医療機関名 ○○○○○○病院
	医療の状況	病歴(現病名: 糖尿病、高脂血症、アルツハイマー型認知症) (既往歴: 誤嚥性肺炎、右大腿部頸部骨折手術) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう) <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症()	
入所希望者の日常生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症(<u>ひどい</u> ・軽い・なし) <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動() <input checked="" type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input checked="" type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない		
	<input type="checkbox"/> 視力に問題がある: 具体的に..... <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある: 具体的に..... 歩 行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食 事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥食 <input checked="" type="checkbox"/> (細菜食) 入 浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入所の希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他()		
	特記事項(具体的な事情など) 現在、○○○病院に入院中であるが、病院からは○頃に退院との話があり、私達夫婦は仕事もしており、自宅での介護が難しい事から、特養への入所を希望します。		
特例入所の要件理由	※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input checked="" type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <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・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、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の供給が不十分である		
	理由(具体的な状況など) 家族に対して、金銭を使った、服を隠した等の被害妄想がみられ、その都度説明し、納得するも、数分すると同様の話が繰り返し行われ、精神的に負担となっている。		
説明確認及び情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。 令和 年 月 日 入所希望者名 山形 花子 ㊞ 同上家族氏名 山形 一郎 ㊞		

別紙 特別養護老人ホーム入所意見書

1 本人の状況

要介護度	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5
問題行動	発生頻度	非常に多い		時々ある		少しある・稀にある		なし		
	症状 (該当する行動を○で囲む)	◎項目 1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声を出す 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 10. その他()								

2 介護の状況

①居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	40%以上	30%以上	30%未満	
②居宅での介護期間	5年以上	4年以上	3年以上	2年以上	1年以上	1年未満
③介護施設等の入所期間	3年以上	2年以上	1年以上	1年未満	入所等なし	

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	一人暮らし 二人暮らし その他 世帯構成の記入
②主たる介護者の続柄・年齢等	続柄() 年齢 歳 生年月日 M.T.S 年 月 日
③主たる介護者の心身の状況	心身の障がい : 無・有()
	介護困難 多少介護可能 介護可能
④主たる介護者の就労	無・有(職種等: 日/週、 時間/日)
	8時間以上 4~8時間(パートの就労及び農業等の補助的就労) 4時間未満
⑤家族が介護に従事する時間	1日中(8時間以上)の介護 半日程度(4~6時間)の介護 多少の介護時間あり なし
⑥主たる介護者の同居家族の状況	・同居する他の要介護者等を介護している ・就労等により日中家族不在 ・主たる介護者が乳、幼児を育児 ・他の家族が入院、入所中 ・小、中学生の世話をしている (その他の状況:)
⑦他の要介護者等	無・有 続柄() (要支援, 要介護1, 2, 3, 4, 5)
	有の場合 ・問題行動(非常に多い・やや多い・少しあり・なし) 問題行動の症状(該当する行動を○で囲む) ◎項目 1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声をだす 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 ・居宅サービス利用限度額割合(60%以上・50%以上・40%以上・30%以上・30%未満) ・居宅における介護期間(5年以上・4年以上・3年以上・2年以上・1年以上・1年未満)

4 介護支援専門員等の入所への意見

入所申込者氏名 _____

令和 年 月 日現在

所属事業所名 _____

住 所 _____

職 名 _____

電 話 番 号 _____

記載者氏名 _____

<特別養護老人ホーム入所意見書記載における留意事項>

1. 「問題行動」

昼夜逆転、暴言暴行、大声を出す、介護に抵抗、常時の徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動〔摂食異常〕及び自傷行為が1項目以上ある場合で、それらの症状がほぼ毎日ある場合は「非常に多い」、週に1～2回以上ある場合は「時々ある」、月に1～2回程度ある場合は「少しある」「稀にある」とする。前記以外の問題行動と思われる症状または特記すべき精神症状等については、「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載すること。

2. 「介護の現況」

「①居宅サービス利用限度額割合」

居宅サービス利用限度額割合は、各要介護度の支給限度基準額に基づき、直前の平均的な利用度（概ね3ヶ月）を算出すること。なお、申込時点において、病院、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及びその他施設（以下「病院等」という。）に入院（入所）中の者については、「60%以上」とする。

「②居宅での介護期間」

居宅での介護期間は、要介護状態、又はそれと同程度の状態となり現に居宅において介護をした通算の期間（一人暮らし世帯にあつては、要介護状態、又はそれと同程度の状態となつてからの期間）とする。この期間において、病院等に入院（入所）している期間は除くこと。

「③介護施設等の入所期間」

介護施設（介護老人保健施設、グループホーム、介護療養型病床、有料老人ホーム等）に入所している通算の期間とする。短期入所等を継続的に利用している場合は、状況により入所期間に含める場合があるので継続的に利用せざるを得ない状況、理由等を「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載すること。

3. 「主たる介護者・家族等の状況の評価」

○病院等に入院（入所）している場合は、居宅に復帰した際の状況を想定し記入すること。

○「一人暮らし世帯」

「一人暮らし世帯」には、入所申込者以外に高校生以下の者が同居する場合を含む。また、主たる介護者が長期入院等により、実質的に「一人暮らし」と認められる場合は、「一人暮らし世帯」として扱う。

(1) 「③介護者の心身の状況」

「介護困難」は、介護者が障がいや疾病のために、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合、「多少介護可能」は、介護者が障がいや疾病のために、要介護者のADL援助を2つ程度しかできない場合、「介護可能」は、介護者に障がいや疾病はあるが、要介護者の介護が可能な状態である場合とする。

(2) 「④主たる介護者の就労」

「8時間以上」とは、主たる介護者が家族の生計維持の中心となっている場合。かつ、会社員等においては週5日以上及び週40時間以上の勤務に就労している場合、または、農業等の自営業に従事している場合とする。「4～8時間」及び「4時間未満」とは、主たる介護者が生計維持の為の補助的な就労をしている場合であり、会社員等においては週5日未満及び週40時間未満の勤務の状態とし、農業等の自営業においては、主たる生計維持者の補助的な就労をしている

場合とし、実際に就労している時間により記入すること。職種、週当たりの就労日数、1日当たりの就労時間についても必ず記入すること。

(3) 「⑤家族が介護に従事する時間」

介護に従事する時間については、1日当たりの申込者に係る実際の介護従事時間とし、この時間には「見守り」の時間も含むこととする。居宅サービス（通所介護、訪問介護、短期入所生活介護及び短期入所療養介護等）を利用している場合は、介護に従事する時間に含めないが、利用頻度を考慮し、判断すること。判断に迷う場合は、「介護支援専門員等の入所への意見」欄に状況等を記載すること。

病院等に入院（入所）中の者については、「なし」とする。

(4) 「⑥主たる介護者の同居家族の状況」

「他の要介護者等を介護している」の要介護者等には要支援者も含まれる。また、要介護度認定になっていない身体障がい者、知的障がい者等の家族を何らかの形で介護している場合は、その状況を「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載する。

「就労等により日中家族不在」とは、主たる介護者も含め家族全員が就労している為、申込者が日中は一人になる状態が6時間以上継続する場合。「主たる介護者が乳、幼児を育児」とは、申込者を介護しながら小学生未満の子の育児をしている場合。「小、中学生の世話をしている」とは、申込者を介護しながら小学生又は中学生の世話をしている場合とする。項目が重複する場合については、該当する項目全てをチェックすること。

(5) 「⑦他の要介護者等」

他の要介護者等については、3-⑥において評価しているが、要介護者の状況により、特記事項において評価することがあるので、正確に記入すること。

4. 「特記事項」

(1) 「家族の介護拒否・虐待」「住環境の状況」「経済的状況」「問題行動・精神状況」等について記載すること。

また、二人暮らし世帯においては、その世帯の状況を記載すること。

(2) 居宅における介護の継続の可否や、世帯構成において特に考慮すべき事項等、その他「入所意見書」に記載項目のない個別事情について記載すること。