

[要介護 1、2の方へ]

被保険者番号		氏名	
<p style="writing-mode: vertical-rl;">【当てはまるものにチェックしてください】</p> <p style="writing-mode: vertical-rl;">要件（勘案事項）</p>	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難。		
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難。		
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難。		
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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十分に認められないことにより、在宅生活が困難。		
<p>《具体的な状況について自由記載》</p>			