（介護予防）短期入所生活介護重要事項説明書

ご契約者（利用者）に対するサービスの提供開始に当たり，厚生労働省令の規定に基づき，当事業者が説明すべき重要事項は次の通りです。

【事業者（法人）事業所の概要】

事業者名　：社会福祉法人　にいつ福祉会
代表者名　：理事長　長谷川　勇一
事業所名　：特別養護老人ホームこぐち苑　（(介護予防）短期入所生活介護）
所在地　　：新潟市秋葉区小口４４３番地
電話番号　：０２５０－２１－０００７
指定年月日：平成１６年４月１日
　　介護保険事業者番号（1570103919）
利用定員　：空床型ユニット型（特別養護老人ホームの空床分）

【職員の概要】

・管理者　　１人
・医師　　１人以上
・課長　　１人
・事務職員　　２人以上
・生活相談員　　２人以上
・管理栄養士　　１人以上
・機能訓練指導員　　２人以上
・看護職員　　３人以上
・介護職員　　３７人以上
・調理員　　委託
・夜勤職員　　２ユニットに１人
・送迎車両　　１台

【施設の概要】

敷地：１３、１０２、０４㎡
建物：構造　鉄筋造　　延べ床面積　６、２７０．２３㎡
居室：１２０室　全室個室
　　１人あたりの面積　２０．１７㎡
設備：食堂、機能回復訓練室　　１５４３．５６㎡　１０室
　　ユニット浴槽　　４．５０㎡　１２室
　　一般浴槽　　３７．６２㎡　４室
　　特殊浴槽　　８７．７８㎡　３室
　　医務室　　１７．２５㎡　１室

1　提供するサービスの内容

（介護予防）短期入所生活介護は，事業者が設置する事業所において，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談及び助言，健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより，利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的，精神的負担軽減を図るサービスです。

2　担当の職員

○管理者　　氏名　　五十嵐　秀哉

○生活相談員　　氏名

連絡先　０２５０－２１－０００７

ご相談や苦情，連絡したいことがある場合は，担当職員まで遠慮なくお申し出下さい。

3　利用者負担金

（1）短期入所

このサービスを利用するにあたって，ご負担して頂く料金は次のとおりです。

①基本料金，及び加算料金：この金額は介護保険の法定料金に基づいています。

なお，法令等の改正があった場合はその改正後の額とします。

・基本料金（１日あたり，負担割合１割の場合）

介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
金　額	７０４円	７７２円	８４７円	９１８円	９８７円

※　負担割合２，３割の方はそれぞれ上記金額の２，３倍になります。

※　新潟市は，地域間における人件費の差を勘案して，地域間の介護保険費用の配分方法を調整するために設けられる「地域区分」の７級地に該当しており，上記金額に１．０１７を乗じた金額となります。加算についても同様です。

・加算・減算料金

□ア　サービス提供体制強化加算　　※（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかが算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　１日　２２円

介護福祉士を８０％以上配置しているか，勤続１０年以上の介護福祉士を３５％以上配置している場合に算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１日　１８円

介護福祉士を６０％以上配置している場合に算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　１日　６円

介護福祉士を５０％以上配置しているか，常勤職員を７５％以上配置しているか，勤続７年以上の介護職員を３０％以上配置している場合に算定されます。

□イ　機能訓練体制加算　　１日　　１２円

機能訓練指導員による機能訓練を利用者の状況に合わせ行います。

機能訓練を行う常勤職員を配置されている場合に算定されます。

□ウ　個別機能訓練加算　　１日　　５６円

専従の機能訓練指導員を１名以上配置し，利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成，実施，評価した場合に算定されます。

□エ　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１月　１００円（３月に１回を限度）

訪問・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している事業所又はﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している医療提供施設の理学療法士等，医師からの助言（ｱｾｽﾒﾝﾄ・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ）を受けることができる体制を構築し，助言を受けた上で，機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等するとともに，理学療法士等や医師は，通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ等のサービス提供の場合はICTを活用した動画等により，利用者の状態を把握したうえで，助言を行う場合に算定されます。

□オ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）　１月　２００円

訪問・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は，ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定されます。

（個別機能訓練加算算定時は100円）

□カ　送迎加算　　片道　１８４円

ご自宅と事業所との間の送迎を行った場合に算定されます。

□キ　夜勤職員配置加算（Ⅱ）　１日　１８円

夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を１人以上上回っている場合に算定されます。

□ク　夜勤職員配置加算（Ⅳ）　１日　２０円

夜勤職員配置加算（Ⅱ）の要件に加え，夜勤時間帯を通じて，看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置しており登録喀痰吸引等事業者として都道府県に登録をしている場合に算定されます。

□ケ　看護体制加算（Ⅰ）　１日　４円

常勤の看護師を１名以上配置している場合に算定されます。

□コ　看護体制加算（Ⅱ）　１日　８円

配置基準を１人以上上回る看護職員を配置し，病院等と２４時間の連絡体制を確保している場合に算定されます。

□サ　看護体制加算（Ⅲ）　１日　１２円

看護体制加算（Ⅰ）を満たす場合であって，前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者総数のうち，要介護３以上の利用者の占める割合が１００分の７０以上である場合に算定されます。

□シ　看護体制加算（Ⅳ）　１日　２３円

看護体制加算（Ⅱ）を満たす場合であって，前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者総数のうち，要介護３以上の利用者の占める割合が１００分の７０以上である場合に算定されます。

□ス　療養食加算（対象者のみ）　１食　８円

厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に算定されます。（１日につき３回を限度）

□セ　認知症専門ケア加算（Ⅰ）　１日　３円

施設における利用者の総数のうち，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が２分の１以上であり認知症に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し，チームとして専門的な認知症ケアを実施し必要な会議を定期的に開催している場合に算定されます。

□ソ　認知症専門ケア加算（Ⅱ）　１日　４円

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件に加え，認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し，認知症のケアの指導の実施，及び認知症ケアに関する研修を実施している場合に算定されます。

□タ　認知症行動・心理症状緊急対応加算（対象者のみ）　１日２００円（７日を上限）

認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上であって，認知症行動・心理症状が認められ，在宅生活が困難であると医師より判断された場合に算定されます。

□チ　若年性認知症利用者受入加算（対象者のみ）　１日　１２円

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め，その者を中心に，該当利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合に算定されます。

□ツ　緊急短期入所受入加算（対象者のみ）　１日　９０円

やむを得ない理由により緊急で入所を受け入れた場合に算定されます。

□テ　看取り連携体制加算（対象者のみ）　１日　６４円

看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合に算定されます。

（死亡日及び死亡日以前 30 日以下について，７日を限度に算定）

□ト　口腔連携強化加算（対象者のみ）　１回　５０円（１月に１回）

事業所の従業者が，利用者の口腔の状態の評価を実施し，歯科医療機関及び介護支援専門員に対し，情報提供を行った場合に算定されます。

□ナ　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　１月 100 円。

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし，当該加算（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うことで算定されます。

□ニ　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１月 10 円。

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で，生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。１年以内ごとに１回，業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことで算定されます。

□ヌ　長期利用者に対する減算（対象者のみ）

長期利用の適正化を図り，サービスの目的に応じた利用を促す観点から，施設入所と同等の利用形態となる場合，施設入所の報酬単位との均衡が図られます。

□ネ　身体拘束廃止未実施減算

１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。身体拘束等の適正化を図る措置が講じられていない場合に減算されます。

□ノ　高齢者虐待防止措置未実施減算

１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合，減算されます。

□ハ　業務継続計画未実施減算

１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。感染症や非常災害の発生時において，利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための，及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）が未策定の場合，減算となります。

□ヒ　介護職員等処遇改善加算

介護職員の安定的な処遇改善を図ることを目的に、職場環境整備や賃金改善を行うための加算です。（基本料金＋各種加算）×17.6%が算定されます。

※各種加算については，提供を受けたサービスにより異なります。

（２）介護予防短期入所

このサービスを利用するにあたって，ご負担して頂く料金は次のとおりです。

①　基本料金及び加算料金：この金額は介護保険の法定料金に基づいています。
なお，法令等の改正があった場合はその改正後の額とします。

・基本料金（１日あたり、負担割合１割の場合）

介護度	要支援１	要支援２
金　額	５２９円	６５６円

※　負担割合２，３割の方はそれぞれ上記金額の２，３倍になります。

※　新潟市は，地域間における人件費の差を勘案して，地域間の介護保険費用の配分方法を調整するために設けられる「地域区分」の７級地に該当しており，上記金額に１．０１７を乗じた金額となります。加算についても同様です。

・加算・減算料金

□ア　サービス提供体制強化加算　　※（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかが算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　１日　２２円

介護福祉士を８０％以上配置しているか，勤続１０年以上の介護福祉士を３５％以上配置している場合に算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１日　１８円

介護福祉士を６０％以上配置している場合に算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　１日　６円

介護福祉士を５０％以上配置しているか，常勤職員を７５％以上配置してい

るか，勤続７年以上の介護職員を３０％以上配置している場合に算定されます。

□イ　機能訓練体制加算　　１日　１２円

機能訓練指導員による機能訓練を利用者の状況に合わせ行います。
機能訓練を行う常勤職員を配置されている場合に算定されます。

□ウ　個別機能訓練加算　　１日　５６円

専従の機能訓練指導員を１名以上配置し，利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成，実施，評価した場合に算定されます。

□エ　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１月　１００円（３月に１回を限度）

訪問・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している事業所又はﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している医療提供施設の理学療法士等，医師からの助言（ｱｾｽﾒﾝﾄ・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ）を受けることができる体制を構築し，助言を受けた上で，機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等するとともに，理学療法士等や医師は，通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ等のサービス提供の場合はICTを活用した動画等により，利用者の状態を把握したうえで，助言を行う場合に算定されます。

□オ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）　１月　２００円

訪問・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は，ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定されます。
（個別機能訓練加算算定時は100円）

□カ　送迎加算　　片道　１８４円

ご自宅と事業所との間の送迎を行った場合に算定されます。

□キ　認知症行動・心理症状緊急対応加算　１日　２００円（７日を限度）

利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ，緊急に介護予防短期入所生活介護が必要であると医師が判断し，利用を開始した場合に算定されます。

□ク　若年性認知症利用者受入加算　１日１２０円

受け入れた若年性認知証利用者ごとに個別に担当者を定め，その者を中心に，当該利用者の特性やニーズに応じた際ビス提供を行った場合に算定されます。

□ケ　認知症専門ケア加算（Ⅰ）　１日　３円

施設における利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が２分の１以上であり，認知症に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し，チームとして専門的な認知症ケアを実施し必要な会議を定期的に開催している場合に算定されます。

□コ　認知症専門ケア加算（Ⅱ）　１日　４円

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件に加え，認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し，認知症のケアの指導の実施、及び認知症ケアに関する研修を実施している場合に算定されます。

□サ　療養食加算（対象者のみ）　１回　８円

厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合加算されます。（１日につき３回を限度）

□シ　口腔連携強化加算（対象者のみ）　１回　５０円（１月に１回）
事業所の従業者が，利用者の口腔の状態の評価を実施し，歯科医療機関及び介護支援専門員に対し，情報提供を行った場合に算定されます。

□ス　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　１月 100 円。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし，当該加算（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うことで算定されます。

□セ　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１月 10 円。
利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で，生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。１年以内ごとに１回，業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことで算定されます。

□ソ　長期利用者に対する減算（対象者のみ）
長期利用の適正化を図り，サービスの目的に応じた利用を促す観点から，施設入所と同等の利用形態となる場合，施設入所の報酬単位との均衡が図られます。

□タ　身体拘束廃止未実施減算
１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。身体拘束等の適正化を図る措置が講じられていない場合に減算されます。

□チ　高齢者虐待防止措置未実施減算
１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合，減算されます。

□ツ　業務継続計画未実施減算
１日　所定単位金額の 100 分の１に相当する金額を減算。感染症や非常災害の発生時において，利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための，及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）が未策定の場合，減算となります。

□テ　介護職員等処遇改善加算
介護職員の安定的な処遇改善を図ることを目的に、職場環境整備や賃金改善を行うための加算です。（基本料金＋各種加算）×17.6%が算定されます。

※各種加算については，提供を受けたサービスにより異なります。

②　食費及び滞在費
・食費　　朝食　５２０円，昼食　６５０円，夕食　６３０円　　１日１，８００円
・滞在費　　１日　　２，０６６円
※　介護保険負担限度額認定を受けている場合には，認定証に記載されている

金額でのご負担金になります。

・おやつ提供料金　１日　６０円（経口摂取されている方のみ）

4　その他の料金

①テレビ貸出料　　１日　　７０円

※　台数に限りがありますので全て貸出しの場合はご了承ください。
持込の場合は１日４０円
の家電持込電気料金がかかります。

②家電持込電気料金

電気毛布，電気アンカ等　　１点１日あたり５０円

テレビ，ラジカセ等　　１点１日あたり４０円

③理美容代　　実費

※　事前の予約をお願いします。

④送迎費用

・通常の実施地域（新潟市秋葉区、五泉市（旧五泉市））を超えて送迎を行った場合
送迎加算の他、１㎞あたり５０円（実施範囲を超えた地点から目的地までの距離とします）

・ご自宅以外に送迎を行った場合や病院の受診等で送迎を行った場合、１㎞あたり５０円

※　６②のとおり，急を要する受診について施設で対応した場合や退院先から直接施設をご利用のためお迎えに行った場合。

5　キャンセル料

入所前に利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料が必要です。

・入所日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合　　無料

・入所日の前日午後５時までにご連絡いただかなかった場合　　１，８００円

6　サービス利用に当たってのお願い

①送迎について

・入所日のお迎え時間は８：３０～１０：００頃

・退所日のお送りの時間は１５：３０～１７：００頃

※入所日前日の夕方にお迎えの時間を電話でご案内しますが，他の利用者様の送迎，道路事情等により前後しますことをご了承下さい。

※入所日，退所日ともに家にご家族がいてくださいますようお願いします。

②受診について

・利用期間中の通院，リハビリについてはご家族の方での対応をお願いします。

・急を要する受診についてはこちらでも対応します。

・利用中に３８℃以上の発熱があった場合，３７℃台の熱が続いた場合は受診をお願いします。

・体調不良のために受診された場合は２～３日ご自宅で様子を見て下さい。

③お薬について

・朝，昼，夕，眠前薬を分けてお持ち下さい。（薬局に一包化を依頼すると分けてもらえます。）

・内服薬については利用日数に間違えのないようにご家族で確認をして下さい。

・薬の不足があり，後日持参される場合は送迎の職員に伝えて下さい。

・施設では薬の準備はありませんので軟膏，浣腸，点眼等は必ずご持参下さい。

④居室・設備・器具の利用

・施設内の居室や設備，器具をご利用の際に，故意又は重大な過失により滅失，破損，汚損もしくは変更した場合は，自己の費用により原状に復するか，又は相当の代価を支払っていただく場合があります。

⑤喫煙について

・施設内での喫煙はお断りさせていただきます。

⑥　その他利用にあたっての注意事項

・この重要事項説明書に定めのない事項については，利用者と事業者の協議により定めることとします。

⑦緊急連絡先

・ご自宅とは別に必ず連絡の取れる連絡先を２箇所お聞かせ下さい。

・変更のある場合は必ずご連絡下さい。

⑧面会

・午前 10 時～午後 5 時 30 分までご来苑いただき午後 6 時 30 分まで面会可能です。ご来苑前に施設にご連絡のうえ，希望の時間をお知らせ下さい。感染症の流行等で面会を制限させていただく場合があります。

⑨その他利用にあたっての注意事項

・　この重要事項説明書に定めのない事項については，利用者と事業者の協議により定めることとします。

・　ご利用者及びご家族等による当事業者の職員に対するハラスメント行為などにより，健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合については，サービスの中止や利用契約書第９条の規定に基づき契約を解約することがあります（職員の写真や動画撮影，録音等を無断で SNS 等に掲載することを含みます。）。

（ハラスメントの具体例）

身体的暴力	精神的暴力	ｾｸｼｭｱﾙﾊﾗｽﾒﾝﾄ
物を投げつける，たたく等	大声を発する・怒鳴る等	必要もなく身体を触る等

（明らかに認知症行動によるハラスメント行為と認められる場合を除きます。）

にいつ福祉会のホームページに「カスタマーハラスメント基本指針」を掲載してあります。皆様のご理解とご協力をお願い致します。

7　サービスの第三者評価の実施状況について

当施設で提供しているサービスの内容や課題等について，公正・中立な第三者機関による評価をいただく第三者評価の実施は現在実施しておりません。

《相談、要望、苦情等の窓口》

①当施設のサービスに関する相談，要望，苦情等はお気軽に下記までお申し出ください。

特別養護老人ホーム　こぐち苑(短期入所生活介護)

苦情解決責任者：施　設　長　五十嵐　秀哉

苦情受付担当者：生活相談員

電話番号：０２５０－２１－０００７

（受付時間　月～金曜日　８：３０～１７：３０）

※　第三者委員にも苦情を申し立てることができます。

②あなたが利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

新潟市介護保険課	電話番号：０２５－２２６－１２７３
新潟市秋葉区役所健康福祉課	電話番号：０２５０－２４－２１１１
新潟市江南区役所健康福祉課	電話番号：０２５－３８１－１２０３
五泉市役所高齢福祉課	電話番号：０２５０－４３－３９１１
新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号：０２５－２８５－３０７２
第三者委員	
笹川　正文　（法人評議員）	電話番号：０２５０－２４－６９７７
石崎　義郎　（法人監事）	電話番号　０２５０－２４－８０５５

＜緊急連絡先＞

第１順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

第２順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

第３順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

（介護予防）短期入所生活介護のご利用にあたり，利用者に対し利用契約書及び重要事項説明書に基づき重要な事項を説明し，本書面に契約を締結します。

契約を証明するために，本書２部を作成し，利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ，それぞれ１部ずつを保有します。

年　　月　　日

（事　業　者）　所　　在　　地：新潟市秋葉区小口４４３番地

事　業　者　名：社会福祉法人　にいつ福祉会
特別養護老人ホームこぐち苑
（(介護予防）短期入所生活介護）
代表者職・氏名：　理事長　　長谷川　勇一　　印

（説　明　者）　職・氏名　　生活相談員　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は，利用契約書及び重要事項説明書について事業者から説明を受け同意しました。また，利用契約書中第１５条に規定する個人情報の利用についても同意しましたので、本書面に契約を締結します。

（利用者）　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（連帯保証人兼身元引受人）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）