

# 概況調査票

申請書別表

受給者番号

申請日 年 月 日

調査対象者	過去の認定 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分( )
	ふりがな 利用者氏名 _____	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所 _____	
	電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	性別 男 女
	<日中家族等連絡先> ふりがな 氏名 _____ 対象者との関係( )	
電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(自宅・会社・ )	
電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(携帯電話 )	
<事業所連絡先> 事業所名 _____ 担当者氏名 _____		
電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

## 利用意向サービス及び頻度(月平均回数を記載)

備考	<b>【介護給付】</b>
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 { <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="text"/> <input type="text"/> 時間/月 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="text"/> <input type="text"/> 時間/月
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 { <input type="checkbox"/> 移動介護 <input type="text"/> <input type="text"/> 時間/月 <input type="checkbox"/> 日常生活支援 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 時間/月
	<input type="checkbox"/> 行動援護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 短期入所(宿泊) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	<input type="checkbox"/> 療養介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	<b>【訓練等給付】</b>
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(雇用型・非雇用型) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回

備考	その他、介護保険サービスや自費によるサービス、訪問看護利用状況など
----	-----------------------------------

※ 後日、認定調査のためご自宅にお伺いしますが、申請者及び施設関係の方でご都合の悪い日をお知らせください。  
なお、お伺いする日は、平日、午前9時～午後3時の間で、所要時間は1時間～1時間30分程度です。

\_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後      \_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後      \_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後  
\_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後      \_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後      \_\_\_\_\_ 曜日 午前・午後