介護保険に係る調査書

介護保険対象者が、介護保険貸与対象補装具を補装具費支給申請する場合、下記により介護保険で貸与される補装具では対応ができないことを確認のうえ、判定依頼を行ってください。

氏　　名	
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　才）
住　　所	

１　被保険者区分
　□　第１号保険者
　□　第２号保険者　（疾患名　　）

２　生活保護受給有無　　（　有　　無　）

３　要介護区分
　□　非該当　（非該当通知等の写しを添付）
　□　該当（認定日　　年　　月　　日、有効期限　　年　　月　　日）
　　□　要支援１　　□　要支援２
　　□　要介護１　　□　要介護２　　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５

４　居住地区分
　□　在宅
　□　施設入所　（　施設名　　）
　□　その他　　（　　）

５　介護保険で貸与される補装具では対応できない理由等

調査年月日	年　　月　　日 市町村名・所属 担 当 者 名