

様式第 3 号

北秋田市介護予防・地域支え合い事業給付対象者調査票

利用者				調査年月日	
連絡者	住所			電話番号	
	氏名			利用者との関係	
家族状況	氏名		続柄	生年月日 (歳)	職業
1				年 月 日 (歳)	
2				年 月 日 (歳)	
3				年 月 日 (歳)	
4				年 月 日 (歳)	
5				年 月 日 (歳)	
その他の状況					
福祉サービスの給付状況等					
介護保険サービス		頻度等	介護保険以外のサービス		頻度等
1 訪問介護			1 外出支援サービス		
2 訪問看護			2 生活管理指導員派遣		
3 通所介護			3 生活管理短期宿泊		
4 通所リハビリテーション			4 食の自立支援		
5 訪問入浴			5 あんしん電話		
6 短期入所			6 家族介護慰労金支給		
7 家族介護用品支給			7 福祉の雪事業		
8 福祉用具貸与			8 その他		
9 その他 ()					
備考					

調査員氏名	印 (所属)
-------	--------