

概況報告票

令和 年 月 日作成

報告票作成者		事業所名			
支給決定対象者		身長・体重	cm	kg	年齢 歳

I.認定を受けている各種障害等等級

身体障害者等級	種 級
身体障害の種類 (詳細)	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 脳性まひ ( )
療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
精神障害者保健福祉手帳等級	
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 (他人介護料あり) <input type="checkbox"/> 有 (他人介護料なし:申請予定) <input type="checkbox"/> 無

II.日中活動関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

主に活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------------	--

III.介護者関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

介護者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 介護者の健康状況等特記すべきこと
--------	---

IV.居住関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身) <input type="checkbox"/> 自宅 (家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他 ( )
居住環境	

V.その他 (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

--