

調査書（共通）

| | |
|--|---|
| 氏名・年齢 | （ 歳） |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 |
| 要介護度 | 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 |
| 治療中の 疾病等 | |
| 同居家族 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 現在の 生活場所 | <input type="checkbox"/> 自宅（ <input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 施設（種類： 名称： 、入所年月日： ） <input type="checkbox"/> 医療機関（名称： 入院日： 、退院予定日： ） |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就業（職種・職務内容： ） |
| 申請する 補装具 | (1)名称・型式： (2)支給申請 ： <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 再交付申請（前回交付： 年） <input type="checkbox"/> 修理申請（人工内耳） (3)使用目的 ： <input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学 (4)使用場所 ： <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 (5)使用頻度 ： <input type="checkbox"/> 1日 時間、週 日 |
| 使用中の 補装具 <small>※試用レンタルは「なし」</small> | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 使用中の補装具について、種類と使用状況（常時使用、職場（学校）用として使用、など）を記入ください。 |
| 申請する補装具が必要な理由 | 申請理由（〇〇をするために必要、など。再交付・修理申請の場合は、再交付・修理が必要な理由（破損や劣化部位、原因など）も記入ください。 ※支給申請書裏面に記入いただいている場合は記入不要です。 |