

自動消火器給付に関するアセスメント票

資料4-2

調査年月日

年

月

日

聞き取り： 利用者本人 家族（ ） その他（ ）

(利 用 者 申 請 者)	住所：
	氏名：

利用している調理器具について（該当する器具の（ ）に○をつけてください。）

- (1) ガスコンロ
- (2) 温度センサー付きガスコンロ
- (3) IHコンロ

※温度センサー付きガスコンロ・IHコンロに該当している場合は受給対象になりません。

自動消火器が必要な理由

世帯の状況について

（介護認定、認知症高齢者の日常生活自立度、障害者手帳欄の該当欄に○をつけてください）

利用者氏名	
生年月日・年齢	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
介護認定	要介護（1・2・3・4・5）、要支援（1・2）
認知症高齢者の 日常生活自立度 (要介護1以上は記入不要)	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
障害者手帳	無 ・ 有（身体 級・療育 級判定）
同居人氏名（続柄）	（ ）
生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
介護認定	要介護（1・2・3・4・5）、要支援（1・2）
認知症高齢者の 日常生活自立度 (要介護1以上は記入不要)	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
障害者手帳	無 ・ 有（身体 級・療育 級判定）

同居人氏名（続柄）	()
生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
介護認定	要介護（1・2・3・4・5）、要支援（1・2）
認知症高齢者の 日常生活自立度 (要介護1以上は記入不要)	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
障害者手帳	無 ・ 有（身体 級・療育 級判定）
特記事項	

申請 代行者	地域包括支援 センター名	担当者
		電話