

主治医及び訪問調査に関する申出書

申請者氏名 _____

障害支援区分の認定のために必要ですので、以下の質問にお答えください。

1. 主治医、かかりつけ医について

質問①：障がい福祉サービスを利用したことがありますか？ （はい・いいえ）

質問②：以前の区分更新時に医師意見書を書いたのは、下記主治医又は病院ですか？

※ 新規申請の場合、いいえに○をしてください。 （はい・いいえ）

質問③：対象者の所在を教えてください。 （在宅・施設やグループホーム・入院中）

質問④：下記主治医又は病院は施設やグループホームの嘱託医ですか？（はい・いいえ）

医療機関名		主治医氏名	
所在地	〒	診療科名	
	電話番号（ ）	最終診察日	

※ 主治医やかかりつけ医がない場合は、職員にご相談ください。

2. 認定・概況調査について

訪問調査先	自宅・自宅以外（名称： ）		
	所在地	〒	電話番号（ ）
連絡先	氏名		申請者との続柄
	電話番号（ ） （平日の日中に連絡のつきやすい電話番号を書いてください。）		
立会者	氏名		申請者との続柄

3. 留意事項

（主治医及び調査等に関する留意事項があれば、必ずご記入ください。）