

電磁調理器給付 状況調査カード

申請者	住所	足利市
	氏名	
	電話番号	
申請 代行者	氏名	
	続柄	
	連絡先	
申請 の理由		

* 以下は市が記入します。 調査日： 年 月 日、調査者：

調 査 結 果	認定状況：なし・要介護（ ）・要支援（ ）
	障害状況：
	担当介護支援専門員氏名： 、事業所名：
	病名：
	物忘れ（顕著・しばしば・時々・無）、物忘れの進行（有・無）
	火の消し忘れ（しばしば・時々・無）、火傷や衣服の焦げ（有・無）
	鍋焦がし（有・無）、ガス漏れ（有・無）、火気禁止（有・無）
	調理（している・あまりしていない・湯沸し程度・していない）
	火の回りの状況（燃えやすい物がある・片付いていない・問題ない）
	電磁調理器の使用（可能・やや不安・不可）、火災警報器（有・無）
特記事項：	
所 見 事 項	給付が適当 ・ 給付は不適當 ・ その他（ ）
	上記の理由：