

質問7 次のような介護を受けていますか。また、どなたから受けていますか。

受けている介護内容のすべての番号に○をつけ、それぞれの介護についてどなたから受けているかあてはまるすべての番号に○をつけてください。

介護内容		事業者 (ホームヘルパー等) による介護	家族等による 介護		介護内容		事業者 (ホームヘルパー等) による介護	家族等による 介護	
			主に介護 する者	その他の者				主に介護 する者	その他の者
01	洗顔	1	2	3	09	食事の準備・後始末 (調理を含む)	1	2	3
02	口腔清掃(はみがき等)	1	2	3	10	食事介助	1	2	3
03	身体の清拭(体をふく)	1	2	3	11	服薬の手助け	1	2	3
04	洗髪	1	2	3	12	散歩	1	2	3
05	着替	1	2	3	13	掃除	1	2	3
06	入浴介助	1	2	3	14	洗濯	1	2	3
07	体位交換・起居 (寝返りや体を起こす等)	1	2	3	15	買い物	1	2	3
08	排泄介助	1	2	3	16	話し相手	1	2	3

質問8 5月中に利用した介護サービス(全額自己負担を含む)について、利用したサービスのすべての番号に○をつけてください。

サービスの種類 (1~5は介護保険制度によるサービスをいいます)	
1	訪問系サービス (訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問介護(※介護予防・日常生活支援総合事業における訪問系サービスを含む)、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護)
2	通所系サービス (通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所介護(※介護予防・日常生活支援総合事業における通所系サービスを含む)、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)
3	短期入所サービス (短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護)
4	居住系サービス(グループホーム) (認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護)
5	小規模多機能型サービス等 (小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(訪問看護及び小規模多機能型居宅介護))
6	配食サービス
7	外出支援サービス
8	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス

質問9 5月中に事業者を支払った介護サービスの自己負担額を右づめで記入してください。

+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-

円

- ※ 質問8で回答した介護サービスの費用についてお答えください。
- ※ 保管しているサービスの領収証(書)を参考に記入してください。

次頁に続きます。

**質問10** 5月中の介護費用についてお答えください。  
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 介護が必要な者（あるいは配偶者）の <b>収入</b> を充てた<br>↳ ( 1 年金・恩給    2 年金・恩給以外の収入 ) |
| 2 | 介護が必要な者（あるいは配偶者）の <b>貯蓄</b> を充てた                                  |
| 3 | 介護が必要な者（あるいは配偶者） <b>以外の者の収入・貯蓄</b> を充てた                           |

**【質問11は、質問8の1～5の介護サービスを1つも利用していない方がお答えください。】**

**質問11** 質問8の1～5のサービスを受けない理由は何ですか。  
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

- |    |                            |
|----|----------------------------|
| 01 | 家族介護でなんとかやっっていける           |
| 02 | 介護が必要な者（本人）でなんとかやっっていける    |
| 03 | 他人を家に入れたくない                |
| 04 | 外出するのが大変                   |
| 05 | どのようなサービスがあるかわからない         |
| 06 | サービスを受ける手続きがわからない          |
| 07 | 利用者負担が払えない                 |
| 08 | 受きたいサービスがない                |
| 09 | 入院していた                     |
| 10 | その他    具体的に記入してください (    ) |

**質問12** 介護が必要な方が65歳以上の場合、介護保険料所得段階をお答えください。

※ 介護保険料額決定通知書に記載されている所得段階区分と同じ段階に○をつけてください。

※ ただし、第1段階、第2段階以外の方については、3～5のうち、あてはまる番号1つに○をつけてください。

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 第1段階（生活保護受給者、又は老齢福祉年金受給者であって世帯の全員が市町村民税非課税）                      |
| 2 | 第2段階（介護が必要な者の昨年1年間の公的年金等収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下であって世帯の全員が市町村民税非課税） |
| 3 | 世帯の全員が市町村民税非課税である（上記1,2以外）                                       |
| 4 | 介護が必要な者は市町村民税が非課税であって、世帯に課税されている者がいる                             |
| 5 | 介護が必要な者は市町村民税を課税されている  |

ご記入ありがとうございました。