

要介護認定・障がい支援区分認定調査業務委託

(概算契約) 受託事業者募集要項

【帳票一覧】

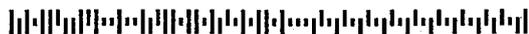
No.1	要介護認定調査依頼書
No.2	調査対象者名簿
No.3	介護保険認定調査票
No.4	要介護認定・要支援認定申請書
No.5	介添人派遣連絡票（介護）
No.6	訪問調査手話通訳派遣依頼書
No.7	認定調査確認票
No.8	認定調査を受けられた方へ（介護）
No.9	障がい支援区分認定調査の依頼について
No.10	障がい支援区分認定調査依頼書
No.11	介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（新規・更新用）
No.12	介護給付費等支給量等変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
No.13	訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって
No.14	連絡票
No.15	介添人派遣連絡票（障がい）
No.16	手話通訳者等派遣依頼書
No.17	概況調査票
No.18	認定調査を受けられた方へ（障がい）

大阪府大阪市

事業者住所

事業者名

様



お問い合わせ先
557-0024
大阪市西成区出城2丁目5番20号

大阪市認定事務センター
(介護保険担当)

電話 06-4392-1700
FAX 06-4392-1710

要介護認定調査依頼書

令和 年 月 日

事業者名

様

大阪市長

別紙の調査対象者名簿の被保険者にかかる要介護認定調査を依頼します。

要介護認定調査票等提出期限 令和 年 月 日 まで

特記事項

1. 調査は、介護保険法に定めるとおり必ず介護支援専門員が行ってください。
また、調査にあたっては、本人・家族等の希望により、家族等の同席について、十分に配慮してください。
2. 要介護認定調査は、本市所定の調査票（複写式）を使用し、必ず期限までに本書記載のお問い合わせ先へ提出してください。
また、調査票については、記入内容を本人に確認し、調査票の写し（本人用）を手渡してください。
3. 期限までに調査を完了しない見込みである場合は、本書記載のお問い合わせ先まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。
4. この調査票を第三者に再委託することはできません。
5. 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
6. 調査の実施にあたって問題が生じた場合は、直ちに報告してください。
7. 本市が必要であると認めた場合は、依頼の内容を、変更または中止することがあります。
8. 認定調査に際しては、特記事項の記載表現をはじめ、調査対象者や家族の人権に配慮してください。
9. 本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。

帳票ID : WKY0751B

調査対象者名簿

/ 頁

作成年月日 : 令和 年 月 日

委託事業者

事業所名

6人

被保険者番号 被保険者氏名漢字
認定調査依頼番号 被保険者住所
被保険者方書
(再調査)

生年月日
性別
電話番号

申請日付
申請事由区分

前回認定日
前回要介護度

備考

0000254 平井
5 - 大阪市 区 丁目 番号

S05.
女
06-6921-

R03.
新規

進捗情報記入箇所

通し番号

QRコード

- ・ 区役所の保健師による同行が必要な場合、 と記入する。
- ・ 調査依頼日より 10 日以内に本名簿を複写して、認定事務センターに提出する。
その際、調査対象者の右余白に進捗状況を記入する。事務センターとの進捗管理は通し番号をもとにファクシミリで連絡する。

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 271007 被保険者番号

認定調査票(概況調査)

大阪市

I 調査実施者(記入者)

介護保険認定調査票

調査実施日、指定居宅介護支援事業者等番号、所属機関、電話番号、調査実施場所、調査員番号、記入者氏名、同行者氏名、介添者・同席者氏名

II 調査対象者

対象者氏名、性別、生年月日、現住所、家族等連絡先

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)
介護給付、予防給付等、施設利用

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。
IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他)
(家族状況については、上記のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

市町村特別給付 介護保険給付外の住宅サービス

認定調査票(基本調査)

あてはまる項目をチェックしてしてください。誤って記入した時は してしてください。(複数回答可)には必ず回答個数を記入してください。

1 身体機能・起居動作

1. 麻痺等の有無(複数回答可)
2. 拘縮の有無(複数回答可)
3. 寝返り
4. 起き上がり
5. 座位保持
6. 両足での立位保持

7. 歩行
8. 立ち上がり
9. 片足での立位保持
10. 洗身
11. つめ切り
12. 視力
13. 聴力

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 271007 被保険者番号

認定調査票(概況調査)

大阪市

I 調査実施者(記入者) 介護保険認定調査票

調査実施日 令和 年 月 日 指定居宅介護支援事業者等番号 所属機関 電話番号() 調査実施場所 調査員番号 記入者氏名 同行者氏名 介添者・同席者氏名

II 調査対象者

対象者氏名 性別 1男 2女 生年月日 1明治 2大正 3昭和 年 月 日 歳 現住所 〒 氏名() 関係() 電話番号()

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載) 介護給付 訪問介護(ホームヘルプ・訪問型サービス) 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリ 居宅療養管理指導 通所介護(デイサービス・通所型サービス) 通所リハビリ(デイケア) 短期入所生活介護(ショートステイ) 療養介護(療養ショート) 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 住宅改修 回答個数 予防給付等 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 特定施設入居者生活介護 介護老人福祉施設 入所者生活介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護 施設利用 あり 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) 医療機関(療養病床) 医療機関(療養病床以外) 養護老人ホーム*1 施設連絡先(〒) 施設名 電話番号 軽費老人ホーム*1 有料老人ホーム*1,2 サービス付き高齢者向け住宅*1 その他の施設等

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他) (家族状況については、上記のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

市町村特別給付 介護保険給付外の住宅サービス

認定調査票(基本調査)

あてはまる項目をチェックしてしてください。誤って記入した時はしてしてください。

1 身体機能・起居動作 (複数回答可)には必ず回答個数を記入してください。 1. 麻痺等の有無 (複数回答可) 2. 拘縮の有無 (複数回答可) 3. 寝返り 4. 起き上がり 5. 座位保持 6. 両足での立位保持 7. 歩行 8. 立ち上がり 9. 片足での立位保持 10. 洗身 11. つめ切り 12. 視力 13. 聴力

この調査票は、ケアプラン作成等の際の参考となる場合がありますので、大切に保管してください。(本人用)

被保険者番号

2 生活機能

1. 移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2. 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
3. えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	
4. 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5. 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6. 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
7. 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
8. 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
9. 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
10. 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
11. ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
12. 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない
2. 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3. 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
4. 短期記憶 (面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
6. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
8. 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
9. 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	

6 過去14日間に受けた特別な医療 (複数回答可)

処置内容	<input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ (人工肛門) の処置	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 6. レスピレーター (人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養	回答個数 <input type="text"/> 個
特別な対応	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 11. じよくそうの処置	<input type="checkbox"/> 12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		

7 日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 1人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. 意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

5 社会生活への適応

1. 薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2. 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
3. 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない
4. 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
5. 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6. 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

被保険者番号

2 生活機能

1. 移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2. 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
3. えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	
4. 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5. 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6. 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
7. 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
8. 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
9. 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
10. 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
11. ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
12. 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない
2. 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3. 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
4. 短期記憶 (面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
6. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
8. 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
9. 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	

6 過去14日間に受けた特別な医療 (複数回答可)

処置内容	<input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ (人工肛門) の処置	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 6. レスピレーター (人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養	回答個数 <input type="text"/> 個
特別な対応	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 11. じよくそうの処置 <input type="checkbox"/> 12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)				

7 日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 1人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. 意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

5 社会生活への適応

1. 薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2. 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
3. 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない
4. 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
5. 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6. 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

この調査票は、ケアプラン作成等の際の参考となる場合がありますので、大切に保管してください。 (本人用)

保険者番号 271007 被保険者番号

調査日 令和 年 月 日

判断に迷った場合(○印)、適切な介助(※印)、審査会に伝えたい情報(下線等)がある場合は、右記にチェック してください。

〈概況〉

[Empty box for general situation]

認定調査票(特記事項)

大阪市

1. 身体機能・起居動作

- 1 麻痺等の有無 ()
- 2 拘縮の有無 ()
- 3 寝返り ()
- 4 起き上がり ()
- 5 座位保持 ()
- 6 両足での立位 ()
- 7 歩行 ()
- 8 立ち上がり ()
- 9 片足での立位 ()
- 10 洗身 ()
- 11 つめ切り ()
- 12 視力 13 聴力 ()

2. 生活機能

- 1 移乗 2 移動 ()
- 3 えん下 ()
- 4 食事摂取 ()
- 5 排尿 6 排便 ()
- 7 口腔清潔 ()
- 8 洗顔 9 整髪 ()
- 10 上衣の着脱 ()
- 11 スボン等の着脱 ()
- 12 外出頻度 ()

3. 認知機能

- 1 意思の伝達 ()
- 2 毎日の日課を理解 ()
- 3 生年月日を言う ()
- 4 短期記憶 ()
- 5 自分の名前を言う ()
- 6 今の季節を理解 ()
- 7 場所の理解 ()
- 8 徘徊 ()
- 9 外出して戻れない ()

4. 精神・行動障がい

- 1 被害的 2 作話 ()
- 3 感情が不安定 ()
- 4 昼夜逆転 ()
- 5 同じ話をする ()
- 6 大声を出す ()
- 7 介護に抵抗 ()
- 8 落ち着きなし ()
- 9 一人で出たがる ()
- 10 収集癖 ()
- 11 物や衣類を壊す ()
- 12 ひどい物忘れ ()
- 13 独り言・独り笑い ()
- 14 自分勝手に行動する ()
- 15 話がまとまらない ()

5. 社会生活への適応

- 1 薬の内服 ()
- 2 金銭の管理 ()
- 3 日常の意思決定 ()
- 4 集団への不適応 ()
- 5 買い物 ()
- 6 簡単な調理 ()

6. 特別な医療

()

7. 日常生活自立度

- 1 障害高齢者の日常生活自立度 ()
- 2 認知症高齢者の日常生活自立度 ()

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

大阪市長
次のとおり申請します。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被 保 険 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	申請年月日	年	月	日	
	フリガナ											生年月日	昭和14年10月21日 (77)歳			
	氏名	生野 太郎										性別	男			
	住所	〒123-4567 大阪市生野区鶴橋 2丁目123番456号 鶴橋マンション798										電話番号 ()				
	前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援2			有効期間	平成27年9月1日～平成27年12月31日									
	※転出元市町村で申請中の方	転出元市町村名				申請日	年 月 日									
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)															
	介護保険施設医療機関等に入所・入院している場合	入所施設・医療機関等の名称									入所・入院の期間					
	認定調査先住所	※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。 〒										電話番号 ()				
	理由	■「がん」で早急に介護サービスが必要であるなど認定調査を特に急ぐ必要がある場合は、具体的理由を記入してください。 ()														

認定調査にあたって

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。認定調査の日程調整など円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

○ 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

① 本人	② 家族 (氏名:)	同居・別居 ()	続柄 ()
昼間連絡先TEL ()		携帯TEL ()	
①②以外の方 (事業者名・氏名等) : () 本人との関係 ()			
昼間連絡先TEL ()			

○ 調査の当日に、どなたか同席を希望される方がいますか。

はい	家族 (氏名)	続柄 ()	いいえ
	家族以外 (氏名)	本人との関係 ()	

○ 月～土曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

(下記の表に、都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください)

はい ⇒		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午前						
いいえ	午後						

○ あなたの意思を調査員に伝えるために、介添・手話通訳事業の利用を希望されますか。

はい (利用希望番号※:)	1 介添	2 外国語通訳	3 手話通訳	いいえ
----------------	------	---------	--------	-----

※利用希望番号の説明については、下記(「認定調査について」)を参照してください。

○ その他、認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

介添人派遣連絡票

様

次の依頼者が介添人の派遣を希望していますので連絡します。

大阪市福祉局高齢者施策部
 認 定 担 当 課 長
 (担当 ○○ TEL4392-1727)

依頼者	生年月日 年 月 日生まれ		
住所			
連絡先	Tel Fax		
	日程調整の連絡先	本人 家族 その他	
希望日	曜日	いつでもよい 又は 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜	
	時間	いつでもよい 又は 午前中がよい 午後がよい	

訪問調査手話通訳派遣依頼書

様

次の依頼者が訪問調査手話通訳の派遣を希望していますので連絡します。

大阪市福祉局高齢者施策部
 認 定 担 当 課 長
 (担当： 認定 ☎4392-1729)

依頼者	生年月日 年 月 日生まれ		
住所			
連絡先	Tel Fax		
	日程調整の連絡先	本人 家族 その他	
希望日	曜日	いつでもよい 又は 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜	
	時間	いつでもよい 又は 午前中がよい 午後がよい	

概況調査 大阪市

認定調査確認票

大阪市用

保険者コード 2 7 1 0 0 7

被保険者番号 0 0

実施日	年 月 日	実施場所	自宅内 自宅外 ()
記入者氏名	()	所属機関	
調査対象者氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

現在受けているサービスの状況について (調査実施月の利用回数を記入、福祉用具貸与は調査日、福祉用具購入のみ過去6月間の品目数)

訪問介護 (ホームヘルプサービス)・訪問型サービス	月 回	通所サービス・通所型サービス	月 回	(介護予防)福祉用具貸与	品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
(介護予防)訪問入浴介護	月 回	(介護予防)通所リハビリテーション	月 回	特定(介護予防)福祉用具販売	品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
(介護予防)訪問看護	月 回	(介護予防)短期入所生活介護 (ショートステイ)	月 日	住宅改修	あり・なし	地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	(介護予防)短期入所療養介護 (ショートステイ)	月 日	夜間対応型訪問介護	月 日	地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	月 日
(介護予防)居宅療養管理指導	月 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	(介護予防)認知症対応型通所介護	月 日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
市町村特別給付 ()	介護保険以外の在宅サービス ()						
施設利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設 (グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関 (療養病床以外) <input type="checkbox"/> 介護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他の施設 (特定施設以外)						

基本調査

※以下の選択肢はあくまで(案)の状態であり、介護認定審査会において修正される場合があります。

家族状況

独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他)

1-1 麻痺 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)
1-3 震返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない
1-6 両足での立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
1-9 片足での立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えす <input type="checkbox"/> 不明
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞えず <input type="checkbox"/> 不明
2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> できない
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-11 スポン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満
3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> できない
3-2 日課の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3-3 生年月日	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3-5 名前を言う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

3-6 季節の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-8 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-13 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-14 勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
4-15 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
5-1 薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
5-2 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
5-4 集団への不応	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
5-5 買い物	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

過去14日間に受けた特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> じよくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル
-----------------	--

日常生活自立度	
障害高齢者自立度	自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者自立度	自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

《記入のしかた》 ・数字はていねいに記入してください。 ・あてはまる項目の□にチェックを入れてください。 【記入例】 ◻ない

概況調査 大阪市

認定調査確認票

本人用

保険者コード 2 7 1 0 0 7

被保険者番号 0 0

実施日 年 月 日 実施場所 自宅内 自宅外()
記入者氏名 (印刷) 所属機関
調査対象者氏名 男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)

現在受けているサービスの状況について(調査実施月の利用回数を記入、福祉用具貸与は調査日、福祉用具購入のみ過去6月間の品目数)

Table with columns for service type, frequency, and date. Includes categories like (介護予防)訪問入浴介護, (介護予防)訪問看護, etc.

基本調査

※以下の選択肢はあくまで(案)の状態であり、介護認定審査会において修正される場合があります。

家族状況 □独居 □同居(夫婦のみ) □同居(その他)

Table with 2 columns: Question ID (e.g., 1-1 痺れ) and Answer options (e.g., □ない □左上肢 □右上肢).

Table with 2 columns: Question ID (e.g., 3-6 季節の理解) and Answer options (e.g., □できる □できない).

過去14日間に受けた特別な医療
□点滴の管理 □中心静脈栄養 □透析
□ストーマの処置 □酸素療法 □レスピレーター

日常生活自立度
障害高齢者自立度 自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者自立度 自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M

《記入のしかた》 ・数字はていねいに記入してください。 ・あてはまる項目の□にチェックを入れてください。 【記入例】 □ない

ほんじつ にんていちょうさ きょうりょく いただ
 本日は、認定調査にご協力を頂きありがとうございます。

にんていちょうさ けっか しゅじい いけんしょ ほけん いりょう ふくし せんもんか かいご
 認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家による介護

にんていしんさかい しんさはんていけっか おおさかし ようかいご ようしえんにんてい おこな
 認定審査会の審査判定結果にもとづいて、大阪市が要介護・要支援認定を行い、

ごじつ つうち
 後日、通知します。なお、本日お渡しした認定調査の結果（項目のチェック）につ

いては、介護認定審査会の審査により変更される場合があります。 要介護・要支援

にんてい かん と あ おおさかしにんていじむ ねが
 認定に関するお問い合わせは、大阪市認定事務センターにお願いします。

おおさかしにんていじむ
大阪市認定事務センター TEL 4 3 9 2 - 1 7 0 0

かいせつじかん げつようび きんようび じ ふん じ ふん
開設時間 月曜日～金曜日 9時00分～17時30分

かいごほけんせいど かいご かいごよぼう りようほうほう かいごほけん かん と
 介護保険制度や介護（介護予防）サービスの利用方法など介護保険に関するお問

あ いけん す く ほけんふくし ほけんふくしか かいごほけん
 い合わせやご意見は、お住まいの区の保健福祉センター保健福祉課（介護保険）に

ねが
 お願いします。

《各区保健福祉センター保健福祉課（介護保険）》

北 区	TEL6313-9859	Fax6313-9905	東淀川区	TEL4809-9859	Fax6327-2840
都島区	TEL6882-9859	Fax6352-4558	東成区	TEL6977-9859	Fax6972-2781
福島区	TEL6464-9859	Fax6462-4854	生野区	TEL6715-9859	Fax6715-9967
此花区	TEL6466-9859	Fax6462-0942	旭 区	TEL6957-9859	Fax6954-9183
中央区	TEL6267-9859	Fax6264-8285	城東区	TEL6930-9859	Fax050-3535-8688
西区	TEL6532-9859	Fax6538-7319	鶴見区	TEL6915-9859	Fax6913-6237
港区	TEL6576-9859	Fax6572-9514	阿倍野区	TEL6622-9859	Fax6621-1412
大正区	TEL4394-9859	Fax6553-1986	住之江区	TEL6682-9859	Fax6686-2039
天王寺区	TEL6774-9859	Fax6772-4906	住吉区	TEL6694-9859	Fax6694-9692
浪速区	TEL6647-9859	Fax6644-1937	東住吉区	TEL4399-9859	Fax6629-4580
西淀川区	TEL6478-9859	Fax6478-9989	平野区	TEL4302-9859	Fax4302-9943
淀川区	TEL6308-9859	Fax6885-0537	西成区	TEL6659-9859	Fax6659-9468

《認定業務委託先》

〇〇〇〇〇〇

TEL〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

Fax〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

様

(お問い合わせ先)

電話番号
FAX 番号

障がい支援区分認定調査依頼書

様

大阪市長

次の方にかかる障がい支援区分認定調査を依頼します。

概況調査・認定調査票の提出期限 令和 年 月 日 まで

調査対象者

申請日

受給者証番号		氏名	
住所			
生年月日		性別	

特記事項

- 調査は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に定めるとおり必ず障がい支援区分認定調査員が行ってください。
また、調査の際には「調査員証」を携行し、訪問時に提示してください。
- 調査にあたっては、本人・家族等の希望に基づき、本人の日頃の状況をよく知る方の同席について、十分配慮してください。
- 障がい支援区分認定調査は、本市所定の調査票（複写式）を使用し、必ず提出期限までに下記「提出先」に提出してください。
- また、調査票については、記入内容を本人に確認し、調査票の写し（本人用）を手渡してください。
- この調査を第三者に再委託することはできません。
- 調査等に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
- 調査等の実施にあたって問題が生じた場合は、直ちに上記「お問い合わせ先」まで報告してください。
- 本市が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更または中止することがあります。
- 上記のほか、本調査に関しては障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律その他関係法令及び委託契約に定めるところに従い実施してください。

(概況調査票・認定調査票提出先)

〒557-0024 大阪市西成区出城2丁目5番20号
 大阪市認定事務センター あて
 電話 06-6972-2740
 FAX 06-6972-2860

※ その他の連絡事項

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書（新規・更新用）

（提出先） 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

介護給付費等支給申請（新規・更新）【 障がい支援区分認定（要・不要）】

利用者負担額減額・免除等申請（新規・更新）

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	個人番号					
	氏名	受給者証番号					
	居住地	生年月日		年	月	日	
フリガナ		個人番号					
支給決定に係る児童氏名		生年月日		年	月	日	
障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳（肢視聴言内）	級	療育手帳（A B1 B2）	精神障がい者保健福祉手帳（1級 2級 3級）	難病等（疾病名）		
障がい支援区分の認定状況	区分（ ）	有効期間		年	月	日	
障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号（ ）		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()				
	介護保険の利用状況	要介護認定 有・無	要介護度	非該当	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス		訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(<input type="checkbox"/> ICT活用等)		
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援			
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)			
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅			
<input type="checkbox"/> 短期入所			地域相談支援給付費			
訓練等給付サービス		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居		<input type="checkbox"/> 計画相談支援				
<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定 (<input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II)						

申請するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)		区分認定が 不要 のサービス			
	介護給付サービス		訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(<input type="checkbox"/> ICT活用等)		
<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			
<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援			
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)			
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅			
<input type="checkbox"/> 短期入所			地域相談支援給付費			
訓練等給付サービス		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型		<input type="checkbox"/> 計画相談支援				
<input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着						

就労継続支援を申請する場合のみ記入	障がい基礎年金1級の受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------	-----------------	---

障がい支援区分の認定を行うにあたり、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名	医療機関名	
	医療機関所在地	電話番号	

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

届出者※	フリガナ	代理人		申請者との関係
	氏名	代行者		
居住地	電話番号			

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者等にサービス等利用計画書の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画書の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画書作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書

(うら面)

利用者負担額の減額・免除を申請する方

(I) 負担上限月額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。(当てはまる番号に○を付けてください。)

- 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者
- 市町村民税非課税世帯に属する者

※療養介護を利用する場合は、次のいずれか当てはまる方を選択してください。

障がい者又は障がいの保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下

上記合計額が基準額を超える

※ここでいう基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。

- 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者

① 居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がいの場合は28万円)未満である者

② 20歳未満の施設に入所する者<*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者

③ 療養介護事業所を利用する20歳未満の者

療養介護事業所を利用する方

(II) 医療型個別減免に関する認定

下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<*3>

<20歳以上の方> (1と2いずれにも該当)		<20歳未満の方>	
1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)		1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)	
2. 市町村民税非課税世帯に属する者			

医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。

保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証 マイナポータル画面を印刷したもの

保険者が発行する資格確認証

障がい者支援施設に入所する方

(III) 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)

下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<*3>

<20歳以上の方> (1と2いずれにも該当)		<20歳未満の方>	
1. 施設入所者であること (年齢 歳)		1. 施設入所者であること (年齢 歳)	
2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者			

グループホームに入居する方

(IV) 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)

市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。

※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

生活保護への移行予防措置を申請する方

(V) 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定

生活保護への移行予防措置 (自己負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。

※生活保護関係業務担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

<*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

<*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

<*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄 氏名 _____

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)

② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の12月31日時点の、年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---

介護給付費等支給量 変更 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 変更 申請書

(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

介護給付費等支給量等変更申請【 障がい支援区分認定 (要 ・ 不要) 】

利用者負担額減額・免除等変更申請

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号				
	氏名			受給者証番号				
	居住地	〒 -		生年月日	年	月	日	
	フリガナ			個人番号				
	支給決定に係る児童氏名			生年月日	年	月	日	
	障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳 (肢視聴言内)	級 (A B1 B2)	療育手帳 (1級 2級 3級)	精神障がい者保健福祉手帳 ()			難病等 ()
	障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	年	月	日	～ 年 月 日	
	障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号 ()						
		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()						
	介護保険の利用状況	要介護認定 有・無	要介護度	非該当	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
		利用中のサービス						

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス			訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)			
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(<input type="checkbox"/> ICT活用等)			
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			
	<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援			
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)				
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				
<input type="checkbox"/> 短期入所							
	訓練等給付サービス			地域相談支援給付費			
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)			<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援			
	<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居			計画相談支援給付費			
	<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定 (<input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II)			<input type="checkbox"/> 計画相談支援			

変更するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)			区分認定が 不要 のサービス			
	介護給付サービス			訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)			
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(<input type="checkbox"/> ICT活用等)			
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			
<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援				
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)				
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				
<input type="checkbox"/> 短期入所							
	訓練等給付サービス						
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)						

変更内容	(具体的な変更内容)			(サービスの利用を終了する場合に記載)			
	<input type="checkbox"/> 別添 サービス等利用計画案のとおり <input type="checkbox"/> その他(以下余白に記載)(変更年月日 年 月 日)			<input type="checkbox"/> サービスの終了(終了する年月日 年 月 日) (利用者負担の減額・免除等を変更する場合に記載) <input type="checkbox"/> 裏面のとおり (変更年月日 年 月 日) ※利用者負担上限月額を見直す場合は原則として申請の翌月からの適用			
就労継続支援を申請する場合のみ記入		障がい基礎年金1級の受給の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

支給内容の変更に伴い、障がい支援区分の認定が必要となる場合は、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名	〒 -		医療機関名			
	医療機関所在地	〒 -		電話番号	-	-	-

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

届出者※	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
	氏名			<input type="checkbox"/> 代行者	
	居住地	〒 -		電話番号	- -

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者にサービス等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

介護給付費等支給量等 変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 変更申請書

(うら面)

申請する減免の種類	利用者負担額の減額・免除を申請する方 (Ⅰ)負担上限月額に関する認定 □ 下記の区分の適用を申請します。(当てはまる番号に○を付けてください。) 1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 ※療養介護を利用する場合は、次のいずれか当てはまる方を選択してください。 □ 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下 □ 上記合計額が基準額を超える ※ここでいう基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。 3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者 □ ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者 □ ②20歳未満の施設に入所する者<*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者 □ ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者	
	療養介護事業所を利用する方 (Ⅱ)医療型個別減免に関する認定 □ 下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<*3> <20歳以上の方>(1と2いずれにも該当) <20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること (年齢 歳) 1. 療養介護利用者であること (年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯に属する者	
	医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。 □ 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証 □ マイナポータル画面を印刷したもの □ 保険者が発行する資格確認証	
	障がい者支援施設に入所する方 (Ⅲ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) □ 下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<*3> <20歳以上の方>(1と2いずれにも該当) <20歳未満の方> 1. 施設入所者であること (年齢 歳) 1. 施設入所者であること (年齢 歳) 2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者	
	グループホームに入居する方 (Ⅳ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) □ 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。 ※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。	
	生活保護への移行予防措置を申請する方 (Ⅴ)生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 □ 生活保護への移行予防措置 (□ 自己負担減免措置 □ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※生活保護関係業務担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

- <*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。
- <*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。
- <*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄 氏名 _____

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)

② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の12月31日時点の、年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---

申請の内容によっては、障がい支援区分の変更認定手続きが必要となる場合があります。
障がい支援区分の変更認定手続きが必要かどうかは、申請の内容等を確認したうえで、保健福祉センターで判断しますので、この申請書を提出していただく段階では以下の欄に記入していただく必要はありません。

申請に伴って障がい支援区分の変更認定手続きが必要となる場合の記載事項

主治医について

- 主治医がいる（主治医の氏名等を記入してください）

主治医の氏名		医療機関名	
所在地	〒		
	電話番号		

- 主治医がない

医師意見書を記載した医師に障がい支援区分認定結果を提供することについての同

私は、障がい支援区分の変更認定手続きに際して必要となる医師意見書を記載した医師からの求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____

障がい福祉サービスの利用のための **訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって**

ふりがな	
本人氏名	

- 調査・聞き取りを迅速・正確にするために必要な事項ですので、記入についてご協力をお願いします。
- 申請書に添えて提出してください。

1 訪問に際しては、どちらに伺えばよろしいですか

自宅（申請書に記載している住所） ※自宅以外の場合は住所を必ず記入してください。

自宅以外

病院や施設の名称 _____

住所 _____

電話番号 _____

2 訪問の日程調整はどなたとすればよろしいですか

本人

本人以外

氏名: _____

本人との関係: 同居の親族 別居の親族 施設職員 施設以外のサービス事業者

昼間につながる連絡先: _____

3 訪問日について、都合の悪い日・時間帯はありますか

はい

都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください

いいえ

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前						
午後						

※都合の良い日が土曜のみの場合、訪問日の調整等に時間を要する場合があります。

4 障がい者手帳などをお持ちの方は該当する番号・記号に○をしてください

- ① 身体障がい者手帳の等級・種類(級 / 視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい・その他)
- ② 療育手帳(A・B1・B2) ③ 認定カードを持っている
- ④ 精神障がい者保健福祉手帳(1・2・3 級)
- ⑤ 精神障がい者通院医療費公費負担を受けている 定期通院(A. 月・年 回通院している B. していない)
- ⑥ 特定医療費(指定難病)受給者証を持っている(受給者番号)

5 主治医についてご記入ください(障がいに関する意見書作成が可能な医師)

診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他()
最近の受診状況	<input type="checkbox"/> 受診している 最近の受診(令和 年 月頃)
	<input type="checkbox"/> 最近を受診していない

裏面にも記載項目がありますので必ず確認してください

6 調査の当日の同席者について

★正確な調査のために、ご本人のことをよく知っている方に同席して
いただきたいと考えています。(必ず同席が必要ということではありません。)

【 同席者 】

いる



① 家族 (氏名: _____) 本人との関係: _____)

いない(※)

② 家族以外 (氏名: _____) 本人との関係: _____)

(※)同席していただける方がおらず、一人で調査・聞き取りを受けることが不安な方には、地域の相談機関の職員に調査に立ち会ってもらうことができます。希望される場合は、次の質問でチェックをしてください。

【 大阪市からの派遣の希望 】

希望する



一人での調査に不安があるひとり暮らしなどの方で相談機関職員の同席を希望

希望しない

外国語通訳を希望 (通訳する言語: _____ 語)

手話通訳を希望

盲ろう者向け通訳介助を希望

7 その他、訪問に際して事前に伝えておきたいこと(あなたの症状や注意してほしいこと等)があれば記載してください(自由記載)

(例) 自宅で人工呼吸器を使用している。頻繁にてんかん発作がある。
初対面の人と話をするとときに極度に緊張する。不安が強まることで混乱しやすい。 など

「訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって」の記入について

障がい福祉サービスの支給申請をされますと、障がい支援区分認定のため、調査員がご自宅に訪問いたします。また、障がい支援区分の認定後、今後のサービスの利用について再度ご相談にお伺いすることがあります。この用紙は、これらの訪問の際の日程調整などを円滑に行うために必要となりますので、記入にご協力ください。

訪問調査・サービス利用意向聴取を受けられる方／同席いただける方へ

- ◆ 調査員は、「調査員証」を携帯しています。ご訪問の際に提示しますのでご確認ください。
- ◆ 調査・聞き取りを実施する場所は、必ずしも自宅でなければならないということはありません。ご本人の日頃の状況を把握できる場所で行います。
- ◆ 訪問調査の質問項目の中には、ご本人が失礼だと感じたり、不快感を持たれるおそれのある内容のものも含まれていますが、質問項目は全国一律となっており、変更したりすることはできません。こうしたことから、できる限りご本人の日頃の状況をよく知っておられる方に同席していただき、直接ご本人にお伺いしにくい項目などについてご協力をいただきたいと思いますと考えております。
- ◆ 調査は通常1時間前後で終了しますが、まれに長時間に及ぶ場合もあります。2時間を超える調査は行わないこととしておりますのでご了承ください。
(2時間で調査が完了しない場合には、日を改めて調査の続きを行わせていただきます。)

連絡票

- 申請状態(申請中でない)
- 申請書の主治医欄確認
- 申請書と端末の住所一致
- 区分認定前のサービス更新の確

福祉番号 _____

送付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者証番号 _____

区 担当者名 _____

氏名 _____

区で調査を実施

基本情報	申請日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (システム入力上の申請日)		
	申請するサービス	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 介護/訓練等 ← 共同生活援助の申請者については、障がい支援区分の認定について拒否する場合などを除いて「介護/訓練等」を選択(✓をする/■ <input type="checkbox"/> 訓練等		
	申請事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 (_____ 月末まで有効) <input type="checkbox"/> 再判定 <input type="checkbox"/> 区分変更 (<input type="checkbox"/> 心身状況の悪化 <input type="checkbox"/> その他) ※詳細については連絡事項欄に記載		
	調査票の返却 ※同時申請の場合のみ 入力してください	<input type="checkbox"/> 訓練等給付に調査を引継ぐ(返却) <input type="checkbox"/> 訓練等給付に調査を引継がない		
	障がい種別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病等 (該当する種別全てを選択) 難病等の場合 (名称必須) 疾患名称 _____		
	保健師同行	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (必ず、どちらかを選択)		
	介護保険サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (必ず、どちらかを選択)		
	医師意見書作成手数料種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 _____) ※入所は、施設の健康管理等の医学的管理を行う医師への依頼 (支給決定事務の手引き8-5参照)		
受付時確認事項	自区分協議体での審査希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (必ず、どちらかを選択)		
	医師意見書の送付先	<input type="checkbox"/> 主治医【診療科: <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他 (_____)】※ <input type="checkbox"/> 協力医 ※申請書主治医欄に名称等記載 ※診療科を記載 <input type="checkbox"/> 主治医は申請の障がい種別について記載可能(診療科によっては協力医勧奨) おおむね3カ月以内の受診(受診のない場合、意見書を記載頂けない場合があります) <input type="checkbox"/> 有 最終受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 受診の案内をしたか ※必要に応じて案内文書交付 <input type="checkbox"/> 相談記録添付の同意(知的障がい者で協力医を選定した場合)		
	認定調査について	<input type="checkbox"/> 事前の日程調整のための電話が昼間につながる。 <input type="checkbox"/> 特別な事情 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有りの場合(時間設定・文書での必要性等)連絡事項に記載		
	添付資料チェック表	<input type="checkbox"/> 新規、更新 区分変更、再判定 <input type="checkbox"/> 申請書(写し)【サービス利用の確認。新規で希望ない場合は、連絡事項へ記載】 <input type="checkbox"/> 訪問調査・サービス利用意向聴取(写し)【基本、調査は自宅。支援者が同行。】		
	<input type="checkbox"/> 再判定 <input type="checkbox"/> 障がい支援区分再判定申立書(写し) ※前回審査判定の申請日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 再判定に伴う認定結果取消依頼書			
	<input type="checkbox"/> 医師意見書依頼先が 協力医の場合 <input type="checkbox"/> 療育手帳の相談記録(写し) <input type="checkbox"/> 勘案事項整理票・日常生活の状況聴き取り票(写し) <input type="checkbox"/> 無し(身体・不同意) _____			

【連絡事項】上記以外に、認定調査・審査判定において留意すべき事項等があれば裏面に記載してください。

裏面につづく

介添人派遣連絡票

様

次の方が、介添人の派遣を希望していますので連絡します。

大阪市認定事務センター
 【障がい支援区分認定担当】
 (担当： TEL：)

依頼者	(生年月日 年 月 日生 歳)	
住所	〒	
連絡先	TEL FAX	
	日程調整の連絡先	本人 家族 その他 ()
希望日	曜日	いつでもよい 又は 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜
	時間	いつでもよい 又は 午前中がよい 午後がよい

手話通訳者等派遣依頼書

様

次の方が 手話通訳者 の派遣を希望していますので依頼します。
 盲ろう者向け通訳・介助者

大阪市認定事務センター
 【障がい支援区分認定担当】
 (担当： TEL：)

依頼者	(生年月日 年 月 日生 歳)	
住所	〒	
連絡先	TEL FAX	
	日程調整の連絡先	本人 家族 その他 ()
希望日	曜日	いつでもよい 又は 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜
	時間	いつでもよい 又は 午前中がよい 午後がよい

【No.1】

大阪市記入欄 1、前回引き継ぎ

申請区 種別コード

調査の際、調査対象者が急病等により一時的に状況が変化している場合等、適切な調査が行えない場合は再調査を行ってください。

受給者証番号

申請日 年 月 日

概況調査票

大 阪 市

1 調査実施者(記入者)

実施日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	※ <input type="checkbox"/> 欄は読取項目のため枠内にハッキリと数字を記載してください。		
実施場所	<input type="checkbox"/> 1、自宅内 ・ 2、自宅外 ()			
ふりがな		所属機関		調査時間
記入者氏名				
ふりがな		ふりがな		調査対象者との関係
同行者氏名		介添者・同席者氏名		

2 調査対象者

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名 ()			調査対象者との関係 ()	

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目にチェックをつけてください。

障がい種別など	等級など
1) 身体障がい者等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
2) 身体障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> その他()
3) 療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B1 ・ <input type="checkbox"/> B2
	<input type="checkbox"/> 重度 ・ <input type="checkbox"/> 中度 ・ <input type="checkbox"/> 軽度
	認定カード (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
4) 精神障がい者保健福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
5) 難病等疾病名	<input type="checkbox"/> 1、有 ()
6) 障がい基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級
7) その他の障がい年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
8) 生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(他人介護料有り) <input type="checkbox"/> 有(他人介護料なし) <input type="checkbox"/> 無

4 1 1 0 1

受給者証番号

Grid for recipient ID number

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

Main form for service usage, categorized into '障害がい福祉関連' and '介護保険・医療'.

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

Form for future service usage intentions, including checkboxes for continuation, changes, and reasons.

(大阪市用)

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 地域生活関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 外出の頻度(過去1ヶ月間の回数)	[回程度]	(うち、通院にかかる外出	回)
・ 通院以外の外出の内容、頻度	()
・ 過去2年間の入所歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入所期間:	年	月	～	年	月
	年	月	～	年	月
				入所した施設の種類	(
)
・ 過去2年間の入院歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入院期間:	年	月	～	年	月
	年	月	～	年	月
				入院の原因となった病名	(
)
・ その他					

7 就労関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 就労状況:	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他	()
現在、一般就労(パート・アルバイトを含む)している場合 ⇒	就職日:	年	月	日			
[就労先(所在地) :]
・ 過去の就労経験:	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	最近1年間の就労の経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	中断の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
・ 就労希望の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
具体的に							

8 日中活動関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 主として活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他	()
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---	--	---

9 介護者(支援者)関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[主たる介護者の氏名:		続柄:]
・ 介護者の健康状態等特記すべきこと						
・ 家族状況等について特記すべきこと						

10 住居関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)	<input type="checkbox"/> 自宅(家族等と同居)	<input type="checkbox"/> グループホーム
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他
			(
)
・ 居住環境(生活の中で困っている箇所など)			

11 その他、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。(サービスの種類や量に関する事など)

--

調査日 年 月 日

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

1-1 寝返り	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-7 片足での立位保持	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要
1-2 起き上がり	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-8 歩行	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要
1-3 座位保持	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-9 移動	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要
1-4 移乗	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-10 衣服の着脱	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要
1-5 立ち上がり	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-11 じょくそう	1. ない 2. ある
1-6 両足での立位保持	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	1-12 えん下	1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 全面的な支援が必要

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

2-1 食事	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-9 電話等の利用	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-2 口腔清潔	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-10 日常の意思決定	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-3 入浴	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-11 危険の認識	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-4 排尿	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-12 調理	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-5 排便	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-13 掃除	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-6 健康・栄養管理	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-14 洗濯	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-7 薬の管理	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-15 買い物	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要
2-8 金銭の管理	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要	2-16 交通手段の利用	1. 支援が不要 2. 部分的な支援が必要 3. 全面的な支援が必要

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 意思疎通等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

3-1 視力		
1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えていない	5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能
3-2 聴力		
1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声やと聞き取れる	3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない	5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能
3-3 コミュニケーション		
1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる
4. 独自の方法でコミュニケーションできる		5. コミュニケーションできない
3-4 説明の理解		
1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
3-5 読み書き		
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要
3-6 感覚過敏・感覚鈍麻		
1. ない	2. ある	

4. 行動障がいに関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

4-1 被害的・拒否的	4-10 落ち着きがない
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-2 作話	4-11 外出して戻れない
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-3 感情が不安定	4-12 1人で出たがる
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-4 昼夜逆転	4-13 収集癖
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-5 暴言暴行	4-14 物や衣類を壊す
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-6 同じ話をする	4-15 不潔行為
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-7 大声・奇声を出す	4-16 異食行動
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-8 支援の拒否	4-17 ひどい物忘れ
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-9 徘徊	4-18 こだわり
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

5. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	5-5 酸素療法
5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	5-9 経管栄養	5-10 モニター測定
5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル			

()

()

()

()

()

()

()

()

6. その他、認定調査時に確認できた特記事項

認定調査時において、認定調査の各項目に該当しない内容等について、支援の度合等を勘案する上で必要な内容について、必要に応じて記載してください。

※ 麻痺・関節の可動域等に関する状況により、生活上支障をきたし、支援の度合いを勘案する上で必要な情報等についても記載してください。

令和 年 月 日

ほんじつ にんていちょうき きょうりよく
 本日は、認定調査にご協力をいただきありがとうございます。

にんていちょうき けっか しゅじい いけんしよ ほけん いりょう ふくし せんもんか しょう
 認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家による障

しえんくぶん にんていしんさかい しんさはんていけっか おおさかし しょう しえんくぶん
 がい支援区分認定審査会の審査判定結果にもとづいて、大阪市が障がい支援区分

にんてい おこな ごじつ つうち ほんじつ わた にんていちょうき けっか こうもく
 認定を行い、後日、通知します。なお、本日お渡しした認定調査の結果（項目のチ

ェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更される場合があ

ります。障がい支援区分認定に関するお問い合わせは、大阪市福祉局障がい者

しさくぶしょう しえんかにんてい ねが
 施策部障がい支援課認定グループにお願いします。

おおさかしふくしきよくしょう しゃしさくぶしょう しえんかにんてい
 大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課認定グループ

TEL 4 3 9 2 - 1 7 3 0

かいちょうかいせつじかん げつようび きんようび じ ふん じ ふん
 開庁開設時間 月曜日～金曜日 9時00分～17時30分

しょう ふくし かん せいど しきゅうけつてい じゅきゅうしゃしょう はっこう しょう
 なお、障がい福祉サービスに関する制度や支給決定、受給者証の発行など障

がい福祉サービス全般のお問い合わせは、お住まいの区の保健福祉センター保健

ふくしか しょう ねが
 福祉課（障がい）にお願いします。

《各区保健福祉センター保健福祉課（障がい）》

北 区	TEL6313-9857	Fax6313-9905	東淀川区	TEL4809-9845	Fax6327-2840
都島区	TEL6882-9857	Fax6352-4584	東成区	TEL6977-9857	Fax6972-2781
福島区	TEL6464-9857	Fax6462-4854	生野区	TEL6715-9857	Fax6715-9967
此花区	TEL6466-9857	Fax6462-2942	旭 区	TEL6957-9857	Fax6952-3247
中央区	TEL6267-9857	Fax6264-8285	城東区	TEL6930-9857	Fax050-3535-8688
西区	TEL6532-9857	Fax6538-7319	鶴見区	TEL6915-9857	Fax6913-6237
港区	TEL6576-9857	Fax6572-9514	阿倍野区	TEL6622-9857	Fax6629-1349
大正区	TEL4394-9857	Fax6553-1986	住之江区	TEL6682-9857	Fax6686-2039
天王寺区	TEL6774-9857	Fax6772-4906	住吉区	TEL6694-9857	Fax6694-9692
浪速区	TEL6647-9897	Fax6644-1937	東住吉区	TEL4399-9857	Fax6629-4580
西淀川区	TEL6478-9954	Fax6478-9989	平野区	TEL4302-9857	Fax4302-9943
淀川区	TEL6308-9857	Fax6885-0537	西成区	TEL6659-9857	Fax6659-9468