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	
			主に介護する者	その他の者
01	洗顔	1	2	3
02	口腔清掃（はみがき等）	1	2	3
03	身体の清拭（体をふく）	1	2	3
04	洗髪	1	2	3
05	着替	1	2	3
06	入浴介助	1	2	3
07	体位交換・起居（寝返りや体を起こす等）	1	2	3
08	排泄介助	1	2	3
09	食事の準備・後始末（調理を含む）	1	2	3
10	食事介助	1	2	3
11	服薬の手助け	1	2	3
12	散歩	1	2	3
13	掃除	1	2	3
14	洗濯	1	2	3
15	買い物	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**に事業者に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。

		万				円
十	一		千	百	十	一

※　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。