

《同居家族がいる場合の生活援助算定確認依頼書》

平成 年 月 日

佐伯市長 様

事業所名 印

担当介護支援専門員名

連絡先(Tel)

被保険者番号										
被保険者氏名						男・女	年	月	日生	歳
住 所	佐伯市									
要 介 護 度	要支援 1・2					要介護 1・2・3・4・5				
認定有効期間	平成 年		月 日		～	平成 年		月 日		
家屋の形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		家族の状況(同居は○で囲む) (氏名不要、別居者については県・市町村名等記入)							
	(備考)									

サービス担当者会議(裏面)により、調整したサービス内容

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他()	
本人が行なう家事	
家族の家事支援	
サービスの方法	
サービス回数・時間	
生活援助を行なうことによる効果	

確 認 結 果

要・否	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
	理由
上記のとおり判断します。 ただし、状況が変化した場合は、再度確認を行うこと。 <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 佐伯市長</p>	

【裏面】

本人の状況(本人の身体状況等)

--

同居家族の状況

<input type="checkbox"/> 障害や疾病がある <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)認定を受けている <input type="checkbox"/> 仕事等で日中不在 <input type="checkbox"/> その他	仕 事	有・無	職種・勤務地		
	勤務時間			休 日	
	休日に生活援助ができない理由				

本人と同居家族との関係

--

同居家族ができる介護の内容

--

その他やむを得ない理由

--

本人や家族の希望する生活援助について(どんな援助をどれぐらい望んでいるか等)

--

サービス担当者会議での確認・同意 (開催日:平成 年 月 日)

出席者	所属(職種)	氏 名	生活援助にかかるすり合わせ・確認・同意