

別記様式 1

〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

作成日

被保険者番号		要介護状態区分			
被保険者氏名		年齢		性別	
利用予定期間 ※認定期間内であること	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
本人の状況・できる事 (詳しくはケアプランに記載)					
希望するサービス内容 (本人の希望を記入 内容・回数・時間) ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り ☐ その他					
家屋の形態	☐ 一戸建て ☐ 二世帯住宅 ☐ 集合住宅 ☐ その他 ()				
(特記事項)					
同居家族の続柄	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 (☐ 息子・ ☐ 娘) ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ その他 ()				
同居家族の状況 (障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由) ☐ 障害 ☐ 疾病 ☐ 要介護者 ☐ 日中独居 ☐ その他					

本人と同居家族との 関係性	
同居家族ができる 介護内容	
サービス提供の必要あり としてのケアマネジャーの 判断 （内容・回数・時間について 検討する） ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り ☐ その他	

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時 令和 年 月 日）

出席者	生活援助算定についての確認・同意

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取 ☐ その他	
---	--

※サービス計画書（1～3 表）を添付してください。