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た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。