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。