

同居家族がいる場合の生活援助確認書

年 月 日

伊予市長 殿

事業所名称

住所

連絡先

介護支援専門員名

下記理由のとおり、同居家族がいる場合の生活援助確認書を提出します。

理由書の提出	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続	
フリガナ	被保険者番号	
被保険者名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 ・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年 齡 歳
住 所	〒	
要介護区分	要介護 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5	要支援 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2
認定有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日	

家族構成 (ジェノグラム)	家族の状況、利用者本人との関係性
<small>◎=本人、●=死亡、☆キーパーソン、○=女性、□男性 主介護者【主】、副主介護者【副】、同居家族は○で囲む</small>	
①利用者本人の状況 (疾患、身体状況、生活状況、支援に関する こと等)	
②同居家族の状況 (障がい、疾病、その他のやむを得ない理 由)	
③希望するサービス内容 該当するサービスを選択してください (内容・回数・時間等)	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他()
④上記①、②、③を踏まえたケアマネ ジャーによる必要性の判断	

■ 要介護者申請添付書類 居宅サービス計画書第1表～第4表

■ 要支援者申請添付書類 介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点