

# 同居家族がいる場合の生活援助利用確認書

年 月 日

同居家族がいる場合の生活援助利用について確認をお願いします。

被保険者氏名		生年月日	年 月 日
被保険者住所		性 別	男 ・ 女
被保険者番号		要介護度	
(認定)有効期間	年 月 日～ 年 月 日	主介護者	
居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名	
地域包括支援センター		担当者氏名	
現在利用しているサービスの種類および回数			
家族構成	家族構成図・続柄等	同居の形態 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内同居 <input type="checkbox"/> 集合住宅別室 <input type="checkbox"/> その他 ( )	希望するサービス内容
同居家族の状況	<input type="checkbox"/> 障害・疾病等 <input type="checkbox"/> その他( )		
生活援助利用予定の理由			
今後の方向性			

添付書類 要介護 1～5

- ・利用者基本情報(アセスメントシート)    ・居宅サービス計画書(1) (2)
- ・週間サービス計画書    ・サービス担当者会議の要点    ・主治医や担当者に対する照会内容
- ・訪問介護サービス計画書    ・その他( )

要支援 1・2  
総合事業対象者

- ・利用者基本情報(アセスメントシート)    ・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    ・主治医や担当者に対する照会内容
- ・訪問介護サービス計画書    ・その他( )

## 《介護保険課記入欄》

課長	係長	課員	地域包括

確認結果	<input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 確認できない	担当者氏名	
確認通知	年 月 日 (通知方法 )	ケアプラン点検	年 月 日
指示事項等			