

同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート

作成日 年 月 日

事業所名

介護支援専門員名

連絡先

利用者氏名		生年月日(年齢)	
被保険者番号		要介護度区分	
認定の有効期間		サービス開始日	
本人の状況・できる事(疾病等)	病 名：		
家屋の形態 (特記事項)	☐ 一戸建て ☐ 二世帯住宅 ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）		
同居家族の続柄	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子（ ☐ 男・ ☐ 女） ☐ 子の配偶者 ☐ 孫（ ☐ 男・ ☐ 女） ☐ 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（ ）		
同居家族ができる介護の内容	☐ 買い物 ☐ 掃除 ☐ 調理等 ☐ 洗濯 ☐ 病院の付き添い ☐ その他（ ）		
希望する生活援助内容	☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベットメイク ☐ 衣類の整理 ☐ 調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り ☐ その他（ ）		
サービス提供を「必要あり」としたケアマネジャーの判断内容			

添付書類：アセスメントシート・ケアプラン（写）

提出時期：新規利用時、継続利用時（認定更新・区分変更認定時）、記載内容変更時（居宅介護支援事業所変更時等）

