**同居家族がいる場合の生活援助算定確認票**

事業所名

担当介護支援専門員氏名

作成日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ |
| 被保険者氏名 |  | | 年齢（　　　歳）　性別（男・女） |
|  | | | |
| 本人の状況・できる事（詳細はケアプランに記載） | | | |
| 希望するサービス内容（内容・回数・時間）  □掃除　□洗濯　□ベットメイク　□衣類の整理　□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（　　　　　　　　　　） | | | |
| 同居家族の続柄  　□夫　□妻　□子（□男・□女）　□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り」と判断した理由を詳細に記載）  　□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の内容 | | | |
| サービス提供の必要があると判断（内容・回数・時間について検討）  □掃除　□洗濯　□ベットメイク　□衣類の整理　□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　　　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　□ベットメイク　□衣類の整理　□一般的調理・配下膳  □買い物・薬受け取り　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |