【生活援助費算定（同居家族あり）確認シート】

【確認印】

居宅介護支援事業所：

介護支援専門員名：

作成日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 要支援要介護状態区分 |  |
| 被保険者番号 |  | 年齢 | 　　　　歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 本人の状況・できること（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）* 調理
* 掃除
* 買い物
* 洗濯
* その他
 |  |
| 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　□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
* その他
 |  |
| 本人世帯と同居家族との関係性 |  |
| サービス提供の必要ありとケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する）□ 調理□ 掃除□ 買い物□ 洗濯□ その他 |  |

サービス担当者会議

サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

|  |  |
| --- | --- |
| * 調理
* 掃除
* 買い物
* 洗濯
* その他
 |  |

※介護予防訪問介護の場合、具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス提供事業所が利用者の状況に合わせて柔軟に対応してください。

添付書類

□サービス計画書　　□サービス担当者会議の要点（本人の同意のあるもの）