

同居家族がいる場合における生活援助に関する確認申請書

銚田市長 様

年 月 日

居宅介護(介護予防) 支援事業所名	
申請者氏名 (担当ケアマネジャー等)	連絡先

次のとおり、関係書類を添えて同居家族がいる場合の生活援助に関する申請をします。

フリガナ		被保険者 番 号											
被保険者氏名		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳					
被保険者住所	〒 銚田市 連絡先												
要介護度区分	要支援・要介護 ()		障害等：無・有 ()										
家屋の形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		近隣の協力 等	無・有 ()									
同居の 家族構成			主たる介護 者										
現病歴	疾患名： (歳) 医療機関名：												
既往歴	疾患名： (歳) 医療機関名：												
服薬状況													
移 動	自立・見守り・一部介助・全介助		掃 除	できる・一部できる・できない									
食 事	自立・見守り・一部介助・全介助		洗 濯	できる・一部できる・できない									
清 潔	自立・見守り・一部介助・全介助		買 物	できる・一部できる・できない									
排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助		調 理	できる・一部できる・できない									
更 衣	自立・見守り・一部介助・全介助												
認知症	無・疑い・有 (診断名：)												
性 格			体 格										

本人が希望するサービス (内容・回数・時間)	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他
同居家族の状況 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	介護できないと判断した理由
本人と同居家族の関係	
同居家族ができる介護の内容	
サービス提供の必要ありと したケアマネジャーの判断 (内容・回数・時間) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他	

サービス担当者会議での確認・同意 (開催日時 年 月 日 : ~)

出席者	生活援助算定についての確認・同意
	サービス担当者会議の要点の写しを添付してください

サービス内容の決定 (内容・回数・時間について記載)

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他	
--	--

保険者記入欄	算定 : 可 ・ 否 形態 : 新規 ・ 継続 ・ 中止 確認日 : 平成 年 月 日
--------	--