

総合事業利用者における同居家族がいる場合の生活援助確認書

令和 年 月 日

那覇市チャーがんじゅう課長 宛

下記のとおり確認書を提出します。

事業所名

担当介護支援専門員

電話番号

被保険者氏名			被保険者番号	0	0									
本人の介護度			家族の就業状況および利用者本人との関係性											
家族構成（ジェノグラム）														
同居家族等の状況 該当欄に○をつけ、家族の状況（ <u>具</u> <u>体的にどのように支障が生じている</u> <u>のか等</u> ）を記載してください。	障害 疾病 高齢者（認定：なし あり[介護度：]） 日中独居 その他（ ）													
同居家族等が行っている介護の状況														
ケアプランナー等によるサービスの必要性判断 サービス名 （ ） サービスの回数（ 回／週）	☐掃除（ ） ☐洗濯 ☐一般的な調理・配下膳 ☐買い物 ☐薬受領 ☐ベッドメイク ☐衣類の整理・被服の補修 ☐その他（ ） 理由													
添付書類確認欄	要支援者・ 事業対象者	介護予防サービス計画書、サービス担当者会議録（または支援経過記録）、サービス利用状況のわかる書類 ※最低限必要な書類の一覧です。プランナー等が必要と判断した書類も提出して下さい。												

確認結果

要・否	【プラン期間】	年	月	日	地域包括支援センター （ ）		チャーがんじゅう課 （合議）	
	～	年	月	日	管理者	点検者	担当者	担当者