（様式1）

**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

那覇市ちゃーがんじゅう課長　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〇をつけ、家族の状況（**具体的にどのように支障が生じているのか等**）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 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　 | 地域包括支援センター（　　　　　　　） |
|  | 管理者 | 担当者 |
|  |  |