

# 同居家族がいる場合の生活援助確認書（介護給付）

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家族構成（ジェノグラム）   |  | 家族の就業状況および利用者本人との関係性 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同居家族等の状況<br>該当欄に○をつけ、家族の状況（具体的にと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<br>その他（ )  |                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同居家族等が行っている介護の状況   |  |                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ケアマネージャーによるサービスの必要性の判断                                     | <input type="checkbox"/> 掃除( ) <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳<br><input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 薬受領 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの回数（ 回/週）<br>サービス時間数（ 分）                               | 理由   |                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 添付書類確認欄  | 居宅サービス計画（第1表、第2表、第3表、第4表、第6表及び第7表）<br>アセスメント表、基本情報<br>その他介護支援専門員が必要と判断した書類   |                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 確認結果

|             |               |     |    |    |
|-------------|---------------|-----|----|----|
| 要<br>・<br>否 | 期間：令和 年 月 日 ~ | 副参事 | 係長 | 係員 |
|             |               |     |    |    |