

(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○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)	<input type="checkbox"/> 掃除 ( )	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳	<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	<input type="checkbox"/> 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