**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 |  |
| ケアマネージャーによるサービスの必要性の判断サービスの回数（　　回／週）サービス時間数（　　 　分） | □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 | 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）アセスメント表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　・　否 | 期間：令和　　　年　　　月　　　日　～　 | 副参事 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |

（R2.8.7作成）