

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○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）	<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	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