

同居家族がいる場合の生活援助確認書

年 月 日

那覇市福祉事務所長 宛

下記のとおり確認書を提出します。

指定介護機関
担当介護支援専門員
電話番号

被保護者氏名		被保険者番号											
		H											
家族構成（ジュノグラム）		家族の就業状況及び利用者本人との関係											
同居家族等の状況 該当欄に○を付けてください		障害 疾病 高齢者（認定 有 無） 日中独居											
		その他（ ）											
同居家族が行っている 介護の状況													
ケアマネージャーによる サービスの必要性判断		☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ 一般的な調理・配下膳 ☐ 買い物 ☐ 薬受領 ☐ 掃除 ☐ ベットメイク ☐ 衣類の整理・被服の修理 ☐ その他（ ）											
サービスの回数（ ）		理由											
サービス単位（ ）													

同居家族がいる場合の生活援助について、次のとおり給付決定します。

決定区分	要 ・ 否	決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
決定の理由						
			課 長	査察指導員	担当者	取扱担当