

〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

事業所名: _____

担当介護支援専門員氏名: _____

作成日: _____

被保険者氏名		要支援要介護状態区分	
被保険者番号		年齢	性別
本人の状況・できる事 （詳しくはケアプランに記載）			
希望するサービス内容 （本人の希望を記入 内容・回数・時間） ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り ☐ その他			
家屋の形態 （特記事項）		☐ 一戸建て ☐ 二世帯住宅 ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）	
同居家族の続柄		☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子（ ☐ 男・ ☐ 女） ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ その他（ ）	
同居家族の状況 （障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く） ☐ 障害 ☐ 疾病 ☐ 要介護者 ☐ 日中独居 ☐ その他			

本人と同居家族との関係性	
同居家族ができる介護の内容	
サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する） ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り ☐ その他	

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時 年 月 日）

出席者	生活援助算定についての確認・同意

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 一般的調理・配下膳 ☐ 買い物・薬受け取り	
--	--