（様式１）

同居家族等がいる場合の生活援助算定の理由書

三宅町長　殿

申請者（事業所所在地・名称）

住　所

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 被保険者氏名 | |  |
| 性　　別 | 男　・　女 | | 生年月日 | | M・T・S　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | | | |
| 要介護度 |  | 認定期間 | | 平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| 家屋の形態 | □一戸建て  □二世帯住宅  □集合住宅  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 家族構成 | |
|  | |
| 本人の状況  できること  （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　　□衣服の整理・補修  □一般的調理・配下膳　□買物・薬受け取り　□その他 | | | | |
| 同居家族の  状況  （障害・疾病・その他やむをえ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 | | | | |

名　称

介護支援専門員　氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 本人と同居家族との関係性 | □良好　　□問題あり |
| 同居家族ができる介護の内容 |  |
| 生活援助の具体的内容  （ケアマネージャーが必要と判断した援助の内容） | □掃除　　□洗濯　　　□ベッドメイク　　□衣服の整理・補修  □一般的調理・配下膳　□買物・薬受け取り　□その他 |

（裏）

※添付資料

　　①サービス担当者会議の記録の写し

　　②ケアプランの写し