年　　　月　　　日

九十九里町長　様

居宅介護支援事業所名及び介護支援専門員名

＜同居親族がいる場合の生活援助確認シート＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 氏名 |  |
| 生年月日 |  | | 要介護度 |  |
| 本人の状況（詳しくはケアプランに記載） | | | | |
| 希望するサービス内容  □調理　□掃除　□買い物  □洗濯　□布団干し　□その他 | | （特記事項） | | |
| 家屋の形態  □一戸建て　□二世帯住宅　□集合住宅  □その他 | | （特記事項） | | |
| 同居家族の続柄  □夫　□妻　□子（息子・娘）  □子の配偶者　□孫　□その他 | | （特記事項） | | |
| 同居家族の状況 | | （特記事項） | | |
| 本人世帯と同居家族との関係性 | | （特記事項） | | |
| 介護支援専門員が必要と判断するサービス  □調理　□掃除　□買い物  □洗濯　□布団干し　□その他 | | （特記事項） | | |

担当者会議において決定したサービス内容　（内容・回数・時間について記載）

|  |
| --- |
| □調理　□掃除　□買い物　□洗濯　□布団干し　□その他（特記事項） |

添付書類（□ケアプラン　□サービス担当者会議の要点　□その他）

※介護予防訪問介護の場合、具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス提供事業所が利用者の状況や目標達成度を踏まえて柔軟に決定してください。

※一旦提出し確認後返却いたします。必ず保管・保存してください。