別紙様式３

年　　月　　日

益城町　健康保険課長　様

同居家族がいる場合の生活援助届出書

事業所名

担当者名

連絡先（電話番号）　　　　（　　　）

下記の通り算定しましたので確認書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | 要介護度 |  |
| 利用するサービス内容（内容、回数、時間等を記入） |  | 届出区分 | □新規で生活援助サービスを位置づけ□介護認定が更新・区分変更となる□短期目標の見直し時期で、生活援助の回数に増減がある |

※今回生活援助サービス利用を判断した内容について以下のフローチャートの矢印をなぞってください。

《スタート》

できる

利用を検討している生活援助サービスは、自分で行うことができますか？

**生活援助サービスの算定は不可**

できない

同居家族（世帯分離している場合も含む）はいますか？

近隣居住親族などはいますか？

いない

家族等がいる

該当しない

家事を行うことができない事情に該当するか？

□障がい　□疾病　□その他やむを得ない理由

該当する

不適切

サービスの提供が自立の妨げとならず、また介護保険サービスとして給付されるものとして適切ですか？

※老計第１０号、老企第３６号、厚生省告示第１９号、老振第７６号を確認してください。

**生活援助サービスの算定が可**

※適切なサービス内容・サービス量を十分検討し、サービス担当者会議、利用者の合意を得たうえでケアプランに位置づけし、記録してください。

適切

**添付書類**

□居宅サービス計画書1～3表（要支援は介護予防サービス支援計画書）

□サービス担当者会議録