年　　　月　　　日

別紙様式１

益城町　健康保険課長　様

同居家族がいる場合の生活援助確認書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）　　　　（　　　）

下記の通り確認書を提出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家族構成 | 家族の就業状況及び利用者本人との関係性 |
| ◎☒=本人、●■＝死亡、☆＝キーパーソン、〇＝女性□＝男性主介護者【主】、副介護者【副】、同居家族は◯で囲む |  |
| 希望するサービス内容（内容、回数、時間等を記入） | 掃除　洗濯　調理　買物　薬受領　その他（　　　　　　） |
|  |
| 同居家族の状況（障害・疾病の状況、その他特別な理由） | 障害　疾病　要介護者　日中独居　その他（　　　　　　） |
|  |
| 同居家族が行っている介護の状況 |  |
| 介護支援専門員による必要性の判断理由 |  |

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）、アセスメント表、

その他確認をする上で必要と判断した書類