

## 同居家族がいる方への生活援助算定確認シート

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
要介護状態区分			

指定居宅介護(介護予防)支援事業者等名称	担当介護支援専門員氏名

同居家族の構成	夫( 歳) 妻( 歳) 息子( 歳) 娘( 歳) 子の配偶者( 歳) 孫( 歳・ 歳) その他( )
自宅の形態	一戸建て 二世帯住宅 集合住宅 その他( )
同居家族の 身体状況	
同居家族の 就労状況	
同居家族に関する 特記事項	

検討する生活援助 のサービス内容	掃除 洗濯 買い物 調理 その他( ) (具体的な内容回数等)
被保険者の 身体状況	
検討内容と結論	
その他(特記事項)	

市への提出は必要ありません  
このシートは参考例ですので、事業所独自で作成しているものを御利用いただいてもかまいません