

# 同居家族等がいる場合における生活援助利用確認申請書

潮来市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

|               |        |      |  |
|---------------|--------|------|--|
| 担当介護支援<br>専門員 |        | 事業所名 |  |
| 事業所住所         | 〒 電話番号 |      |  |

同居家族等がいる場合において生活援助が必要なため、次のとおり申請します。

|                           |                                                                                                                                                                                                               |                           |            |  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|--|
| 被保険者<br>氏名                |                                                                                                                                                                                                               |                           | 被保険者<br>番号 |  |
| 住所                        | 潮来市                                                                                                                                                                                                           |                           |            |  |
| 要介護度                      | 要支援・要介護（ ）(認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日)                                                                                                                                                                               |                           |            |  |
| サービス<br>利用状況              | <input type="checkbox"/> 訪問介護( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与( )<br><input type="checkbox"/> 通所介護( ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ( ) <input type="checkbox"/> その他( )   |                           |            |  |
| 家族構成                      | <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                   | <u>家族の状況</u> …健康状況・就労状況 等 |            |  |
| 同居家族が<br>行っている<br>介護の状況   |                                                                                                                                                                                                               |                           |            |  |
| 生活援助が<br>必要な理由            | <input type="checkbox"/> 家族が高齢で筋力が低下し、行うのが難しい家事がある<br><input type="checkbox"/> 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合<br><input type="checkbox"/> 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                           |            |  |
| 介護支援専門<br>員が必要と<br>判断した理由 | 必要とするサービス（内容・曜日・回数）                                                                                                                                                                                           |                           |            |  |
|                           | 具体的理由                                                                                                                                                                                                         |                           |            |  |

■ 申請添付書類 介護予防（居宅）サービス計画書、利用票、サービス担当者会議録

|        |        |    |
|--------|--------|----|
| 保険者記入欄 | 算定：可・否 | 理由 |
|--------|--------|----|