年　　月　　日

同居家族のいる場合の生活援助に係る理由書

事業所名称

事業所電話番号

介護支援専門員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 要介護度 | 支 1 2 介 1 2 3 4 5 | | |
| 被保険者住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 同居家族の状況 | | 続柄 | | | | 身体状況（障害・疾病等） | | | | | | | 就労状況 | 関係性 |
|  | | | |  | | | | | | | 有・無 | 良・普・悪 |
| 就労状況の詳細  （就労時間・休日等） | | | |  | | | | | | | | | | |
| 他制度との併用や有償サービス・自費ヘルパーの検討 | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 「自立生活支援のための見守り的援助（身体介護）」の検討 | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 生活援助利用が必要な理由  ※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 支援内容 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族の役割 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家族との共有部分の取り扱い | | |  | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | | |  | | | | | | | | | | | |

※「支援内容を位置付けてあるケアプラン・基本情報」と共にご提出ください。

（Ｒ４.２狭山市）