

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の援助 (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)