**同居家族等がいる場合の生活援助算定　相談票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（前回提出日：　　　　年　　月　　日）

●基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 | |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 |  | | 性別 | 男・女 |
| 要介護度 |  | 有効期間 |  | | | |
| 事業所名  担当者名 | Tel  Fax | | | | | |

●利用しようとする生活援助の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス内容  ※掃除は範囲も記載 | 所要時間 | 日程  ※特定の状況下の場合はその旨も記載してください。  （例：家族不在時） |
|  | 分 |  |
|  | 分 |  |
|  | 分 |  |
|  | 分 |  |
|  | 分 |  |
|  | 分 |  |

●サービスの必要性

　※各援助について、本人が行えない理由・家族が援助出来ない理由を具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

※欄が足りない場合は、次頁へ記載

●サービスの必要性（⇒前頁からの続き）

　※各援助について、本人が行えない理由・家族が援助出来ない理由を具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

●詳細情報～家族の援助者に関する情報～

【家族等の詳細情報】※把握できている範囲で記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 居住形態 | 性別 | 年齢 | 職業等 |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |
|  |  | 同居・別居 | 男・女 | 歳 |  |

●提出書類の自己チェック

□相談票

□ケアプラン（居宅介護支援の場合は１～３表）※生活援助の位置づけがあるもの（暫定プランで可）

□アセスメント（介護予防支援の場合は利用者基本情報）

□基本チェックリスト（介護予防支援のみ）