|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | | 年齢 | 性別 | 要介護状態区分 | | 被保険者番号 |
|  | |  | 男・女 | 要介護要支援 | 1・2・3・4・5  1・2 |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 本人の状況  (疾病・心身の状況) |  | | | | | |
| 同居家族の状況  (続柄・年齢・心身の状況・介護状況・家にいない時間帯等)  同居者全てについて記載 |  | | | | | |
|  |  | | | | | |

(様式1 ) 同居親族がいる場合の生活援助算定について(協議書)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の家事能力  ( 1・2・3を記入) | 調理 | 掃除 | 洗濯 | 買い物 | 1可能  2支援があれば一部可能  3できない  (時間がない・やったことが  ない・やる気がない  は含みません) |
|  |  |  |  |
| 家族の家事能力  複数の家族の場合は総合的に判断  ( 1・2・3を記入) | 調理 | 掃除 | 洗濯 | 買い物 |
|  |  |  |  |
| 希望するサービス回数( /週) | 調理 | 掃除 | 洗濯 | 買い物 | 生活援助算定 |
|  |  |  |  | 週 回 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (新規の方)  現在は生活援助にあたる部分をどうしているか  (他の介護サービスを含むサービス利用中の方)  生活援助を停止した場合はどうなるか |  |
| やむを得ない事情として判断した理由  (新規の方は担当職員の所見を記入)  (全ての介護サービスを含むサービス利用中の方は担当者会議の内容を記入) |  |

居宅介護支援事業所



担当介護支援専門員