|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・51・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