

同居家族等がいる場合の生活援助の利用申出書(取手市)

(新規・更新・区分変更)

年 月 日

被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	年 月 日(才)	男・女	サービス区分	新規・継続		
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 認定申請中(申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
認定有効期間※	年 月 日 ~ 年 月 日 ※「事業対象者」は、開始年月日のみ記入					

生活援助が必要な理由

1	<input type="checkbox"/>	同居家族等が、障がい・疾病等のために家事を支援しなければ日常生活に支障がでる。
2	<input type="checkbox"/>	家族の就労等により日中独居になり、家族不在時に支援がなければ日常生活に支障がでる。
3	<input type="checkbox"/>	家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない。
4	<input type="checkbox"/>	上記以外のやむを得ない事情()

本人の状況・できること・できないこと

本人が希望する支援内容と回数

支援内容	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他		
	希望するサービス内容の詳細	回/週	備考
		回	
		回	
		回	
		回	
		回	
※特記事項			

家屋の状況

一戸建て: 同一敷地内(別棟)に家族が「いる・いない」
二世帯住宅
集合住宅(階): 同集合住宅内に家族が「いる・いない」
その他()
 備考

家族構成図

◎=本人, ○=女性, □=男性
 ●■=死亡, ☆=キーパーソン
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)

同居家族等の続柄(支援者も含む)

夫 妻 子(人) 子の配偶者
孫 その他()

同居家族等の状況(支援者も含む)

誰	状況
	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労(常勤・非常勤) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労(常勤・非常勤) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労(常勤・非常勤) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労(常勤・非常勤) <input type="checkbox"/> その他

本人と同居家族等との関係性(支援者含む)

誰	関係性

同居家族等ができる介護の内容(支援者も含む)

誰	介護内容
	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他

※特記事項

ケアマネジャーが必要と判断する支援内容と回数 ※所要時間については、おおよその時間で記入してください。

支援内容	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類整理の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り <input type="checkbox"/> その他		
サービス内容の詳細	所要時間	回/週	必要と判断する理由
	分	回	
	分	回	
	分	回	
	分	回	
	分	回	
	分	回	

※特記事項

上記の訪問介護(生活援助)サービス等の利用について、同居家族等がいる場合でも必要であると判断したため申し出します。

事業所名	介護支援専門員名
------	----------

※ なお、次回の要介護認定更新・区分変更時や生活援助の内容に大幅な計画変更をする場合、この申出書を提出してください。

取 手 市 記 入 欄	上記内容について確認しました。	年 月 日	受付 番号	受付印
	<input type="checkbox"/> 算定可 <input type="checkbox"/> 算定不可	取手市高齢福祉課 印		
	※備考			

◎同居家族等がいる場合の訪問介護(生活援助サービス)の利用は、例外的な利用であることから、引き続き状況の改善に努めてください。