課長	主幹	補佐	担当者	合議

＜同居家族等がいる場合の生活援助算定確認シート＞

事業所名：

担当介護支援専門員氏名：

作成日：

被保険者氏名		要支援・要介護状態区分			
被保険者番号		年齢		性別	

本人の状況・できる事 （詳しくはケアプランに記載）	
希望するサービス内容 （本人の希望を記入 内容・回数・時間） ☐　掃除 ☐　洗濯 ☐　ベッドメイク ☐　衣類の整理・補修 ☐　一般的調理・配下膳 ☐　買い物・薬の受け取り ☐　その他	
家屋の状態	☐一戸建て　☐二世帯住宅　☐集合住宅 ☐その他（　　）
同居家族の続柄	☐夫　☐妻　☐子（ ☐男 ・ ☐女 ） ☐子の配偶者　☐孫　☐その他（　　）
同居家族の状態 （障がい・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に記入） ☐　障がい ☐　疾病 ☐　要介護者 ☐　日中独居 ☐　その他	

本人と同居家族の関係性	
同居家族ができる介護の内容	
サービス提供の必要性ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する） ☐　掃除 ☐　洗濯 ☐　ベッドメイク ☐　衣類の整理・補修 ☐　一般的調理・配下膳 ☐　買い物・薬の受け取り ☐　その他	

上記についてのサービス担当者会議での確認・同意（開催日時：　　年　　月　　日）

出席者	生活援助算定についての確認・同意

保険者への生活援助算定確認　　年　　月　　日	
	保険者確認印