**同居家族がいる場合の生活援助提供理由書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 事業者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 事業者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 計画作成担当者名 |  |
| 住所 |  | 事業所の所在地 |  |
| 要介護状態区分 |  | 電話番号 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の状況  （詳細はケアプランに記載） |  |
| 希望するサービス内容  （内容、回数、時間等を記入） |  |
| サービスの必要性 |  |
| 家族構成 |  |
| 同居家族が行っている介護の状況 |  |
| 同居家族の状況  （障害、疾病など具体的に記入してください。） |  |
| 本人と同居家族等の関係性 |  |
| 今後の計画、支援の方向性 |  |
| 添付書類 | □ケアプラン  □サービス担当者会議の要点 |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |