

〈同居親族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

居宅介護支援事業者

介護支援専門員

作成日

被保険者名	要介護状態区分	
被保険者番号	年齢	歳 性別
住所		
希望するサービス内容 (本人の希望を記入)	内容	
	回数	
	時間	
同居家族との続柄	夫 妻 息子 娘 孫 その他( )	
同居家族の状況	障害の状況	
	疾病の状況	
	その他	
ホームヘルプサービスが提供される時間 に提供される時間に行なわれなければなら ない理由を記入 (内容・回数・時間について検討する)	利用者に関わ る洗濯	
	利用者に関わ る調理	

	利用者に関わ る買い物	
	利用者の布団 干し	
	掃除	
	その他	

↓ サービス内容の決定

	内容	回数	時間

※添付書類 ●サービス担当者会議の要点