

同居家族等がいる場合の生活援助に関する確認票

萩市長あて

令和 年 月 日

被保険者番号		事業者番号	
被保険者氏名	男・女	事業者名	
住所		担当者名	
生年月日	年 月 日(才)	住所	
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	電話番号	
	<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 <input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

本人の状況 (詳しくはケアプランに記載)	
希望するサービス内容 (内容、回数、時間等を記入してください。)	
サービスの必要性	
家族構成	同居家族等が行っている介護の状況
同居家族等の状況 (障がい、疾病、その他特別な理由等について、具体的に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他
利用者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	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書【第1・2・3表】又は介護予防サービス・支援計画表(写) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録(写) <input type="checkbox"/> 利用者の状況がわかるもの(アセスメントシートなど)(写)
------	---

萩市記載欄	上記内容について確認しました。 令和 年 月 日	受付印				
<input type="checkbox"/> 算定可 <input type="checkbox"/> 算定不可	確認番号					
萩市サービス調整チーム開催日	令和 年 月 日					
部長	次長	課長	課長補佐	係長	係	萩市サービス調整チーム