

年 月 日

同居家族がいる場合の生活援助にかかる理由書

事業所番号										
事業所名										
事業所所在地										
電話番号										
介護支援専門員										

被保険者番号										被保険者氏名				
要介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5						生年月日		大正	年	月	日
被保険者住所														
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日													

1 本人の状況			
2 生活全般の解決すべき課題			
3 2の解決に必要であって最適と判断する支援内容			
支援内容	希望するサービス内容	回/週、時間等	必要と判断する理由
☐ 掃除			
☐ 洗濯			
☐ 一般的調理・配下膳			
☐ 買い物			
☐ その他			

家屋形態	☐ 一戸建て ☐ 二世帯住宅 ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）		
同居家族等の状況 ・ 支援者含む ・ 障害、疾病、その他やむを得ない理由と判断した詳細を書く	氏名（続柄）	状態	詳しい状況
	()	☐ 障害 ☐ 疾病 ☐ 要介護者 ☐ 日中独居 ☐ その他	
	()	☐ 障害 ☐ 疾病 ☐ 要介護者 ☐ 日中独居 ☐ その他	
	()	☐ 障害 ☐ 疾病 ☐ 要介護者 ☐ 日中独居 ☐ その他	
4 添付書類	☐ 理由書 ☐ サービス担当者会議録 ☐ 居宅サービス計画書 又は 介護予防サービス支援計画書 ☐ その他必要と判断した書類		
5 サービス開始 予定日	年 月 日		