

同居家族が居る場合の生活援助利用申請書

令和 年 月 日

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

電話番号 _____

甲良町長 様

生活援助の必要があるので、次のとおり申請します。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号													
被 保 険 者 住 所															
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)														
要 介 護 状 態 区 分	要支援 ()							要介護 ()							
認 定 有 効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日														

サ ー ビ ス 提 供 事 業 所														
生 活 援 助 の サ ー ビ ス 内 容	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他()													
利 用 実 績 (予 定)	令和 年 月 日 利用開始 週 回 (曜日:) 月 回 1回 分													
申 請 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
本 人 の 状 況	(疾病名・病状等、必要と考えられる事由を詳細に明記すること)													
家 族 の 状 況														

※ 添付書類

- ①居宅介護(予防)サービス計画書
- ②サービス担当者会議の要点 (生活援助利用の必要性を検討したもの)
- ③利用者基本情報の写し