

# 同居家族がいる場合の生活援助中心型の訪問介護サービス利用申出書

年 月 日

川西町長 様

事業所名

担当介護支援専門員氏名

連絡先電話番号

以下のとおり、生活援助中心型の訪問介護サービスを計画したいので、関係書類を添えて申し出ます。

フリガナ					被保険者番号			
被保険者氏名								
生年月日	明・大・昭 年 月 日							
住 所	〒				電話番号 ( )			
要介護状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
認定有効期間	年 月 日 から				年 月 日			
家屋の形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他( )							
同居家族の状況 〈家族構成〉	氏 名	年齢	続柄	就労・心身・介護の状況等				
本人の状況及び生活援助の必要性								
必要なサービス				算定見込期間				
訪問介護サービス提供事業所名								
介護支援専門員の意見								

※ 利用者基本情報、居宅サービス計画書(1)(2)又は介護予防サービス・支援計画書、週間サービス計画表、(サービス担当者会議の要点、)サービス利用票及び利用票別表の写しを添付してください。