

## 訪問介護単位算定届出書（生活援助同居家族あり・やむを得ない事情）

平群町

|        |                         |         |       |
|--------|-------------------------|---------|-------|
| 被保険者番号 |                         | 新規 ・ 更新 |       |
| ふりがな   |                         | 生年月日    | T・S・H |
| 被保険者氏名 |                         | 性 別     | 男 ・ 女 |
| 要介護度   | 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) | 認定有効期限  | まで    |

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| 居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者 | 担当包括支援センター名  |
|                      |              |
| 事業所の所在地及び事業所番号       | 担当介護支援専門員等氏名 |
| (事業所番号： )            |              |

|  |            |  |
|--|------------|--|
| 同居家族   | 配偶者・その他( ) |  |
| 申請の主な理由  |            |  |
| 同居家族の状況  |            |  |
| サービス内容<br>◎利用者に関わる洗濯<br><br>◎利用者に関わる調理<br><br>◎利用者に関わる買い物<br><br>◎利用者が使用する居室等の掃除<br><br>◎その他 | ※介護保険係備考欄  |  |

## 【添付書類】

- 要介護者 . . . アセスメント等、ケアプラン(第1表、第2表、第3表)、サービス担当者会議の内容及びサービス担当者に対する照会、サービス利用票(第7表)、訪問介護サービス計画書
- 要支援者 . . . 介護予防サービス、支援計画表、介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)、サービス利用票、介護予防訪問介護サービス計画書

※

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| 見直し年月(新規：半年以内 更新：認定有効期間内) | 保険給付の可否 |
|                           | 可 ・ 否   |

※印のところは記入しないでください。