

訪問介護単位算定期出書 (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
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 (事業所番号:)	担当介護支援専門員等氏名

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 ◎利用者に関わる洗濯 ◎利用者に関わる調理 ◎利用者に関わる買い物 ◎利用者が使用する居室等の掃除 ◎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。