

同居家族等がいる場合の訪問介護(生活援助)の導入に関する理由書

令和 年 月 日

新規・更新・変更の別	新規 ・ 更新 ・ 変更				
被保険者番号			対象者氏名		
住 所				性別	年齢
要介護度			認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
居宅介護(予防)支援事業所名	電話番号		介護支援専門員氏名		
①本人の心身状況					
②同居家族の状況(心身の状況等生活援助のできない理由等を記載のこと)					
前述①・②、及び添付資料より、介護支援専門員としての判断					

※添付資料

新規、変更:①フェイスシート ②アセスメント票 ③支援経過記録 ④ケアプラン ⑤サービス利用票・別表
更新:①ケアプラン

- ※ 協議の効力は、状況に変化が無ければ、対象者の認定有効期間内適用します。
- ※ 本人の身体状況の変化、同居家族等の状況の変化が生じた場合で、訪問介護(生活援助)が必要となった場合は、再度協議するものとします。
- ※ 記入欄が不足する場合は、適宜任意様式により記入をお願いします。
- ※ ケアプランには、週間計画表の添付又は、プランの中に利用の曜日、回数、時間について明記してください。

●町確認欄(記入しないでください)

訪問介護(生活援助)の導入について	確認結果	確認日	令和 年 月 日		確認印
	要	協議内容:			
否					