

# 生活援助算定確認シート

事業所名： \_\_\_\_\_

パターン種類	
--------	--

担当介護支援専門員名： \_\_\_\_\_

被保険者番号		要介護度		家族構成数(本人含)	
被保険者氏名		生年月日		家族構成内訳	
被保険者住所				T E L	

生活援助 サービス種類 (詳細に)	
-------------------------	--

本人がその家事を 行なえない理由	
---------------------	--

同居家族がその 家事を行えない 理由	
--------------------------	--

その他特筆すべき 事項 (本人・家族が 頑張っている事や、 同居家族以外の方 のこと、今後の目標 や追加になりそうな サービス等 e t c …)	
---	--