

生活援助中心型の訪問介護サービス利用申出書

令和 年 月 日

大河原町長 殿

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します。

事業所名

事業所所在地

担当介護支援専門員

連絡先電話番号

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|----|----|------|--------------|----------|-------------|--|--|--|--|---|
| フリガナ | | | | | | 保険者番号 | 0 4 3 2 1 6 | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | |
| 要介護度等 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | サービス利用回数 | 1週間につき | | | | | 回 |
| 本人の状況 生活援助の必要性 | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 (実際の居住地) | 〒 | | | | | 施設名等 | 電話番号 | | | | | |
| (住民登録地) | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護サービス 提供事業所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | <input type="checkbox"/> 単身世帯 | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 家族等が障害、疾病等 | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・サービス付高齢者向住宅等に入居 | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他、上記と同等以上の、やむを得ない事情により、生活援助が必要である ※詳細 | | | | | | | | | | | |
| 該当する項目すべてに☑ | | | | | | | | | | | | |
| 家族等介護の状況 | 氏 名 | 年齢 | 続柄 | 同・別居 | 就労・心身・介護の状況等 | | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | | |
| | ・世帯分離している者、 近隣に居住している 者、知人友人を含む | | | 同・別 | | | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | | |

○介護支援専門員の意見：サービス担当者会議の内容、インフォーマルサービスの検討等

<添付書類>

- ・居宅サービス計画書第1表～第7表の写し
- ・ケアプラン策定のための課題検討用紙
- ・訪問介護計画の写し