

生活援助中心訪問介護が必要となる理由書

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員

被保険者番号	.....	届出年月日	年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大昭 年 月 日
住所	〒 電話番号		
認定区分	要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 要支援状態区分 1 ・ 2		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 近隣に家族のない単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族等有 <input type="checkbox"/> 同じ敷地内 ( <input type="checkbox"/> 同棟 <input type="checkbox"/> 別棟 ) <input type="checkbox"/> その他 ( 距離 : 約 m ) ・同居家族等について		
	氏名	続柄	健康状態等
家事を行うことが困難となる理由	<input type="checkbox"/> 同居家族が障害又は疾病等のため <input type="checkbox"/> その他のやむを得ない理由 (いずれの場合も家事を行うことが困難となる理由を具体的に記入してください)		
今後の方向性			

〈添付書類〉

- 居宅サービス計画書
- サービス担当者会議の要点

※欄内に記載が困難な場合は、裏面または別紙に記載してください。