

生活援助単位算定届出書(日中独居・介護疲れ等)

被保険者番号		届出日	年 月 日
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	要介護度等	

居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者			
事業者の所在地			
	担当介護支援専門員等氏名		

同居家族	配偶者 ・ 娘 ・ 息子 ・ 息子の嫁 ・ 孫 ・ その他()
------	----------------------------------

※申請の主な理由	
----------	--

同居家族の状況	
---------	--

サービス内容・回数・時間と本人(家族)の希望	
◆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	※給付係備考欄

◆添付資料: 届出書2枚・アセスメント・ケアプラン(第1表・第2表)・サービス担当者会議の内容・第6表・訪問介護サービス計画書

家族構成や家族の状況、サービス利用内容に変更が生じた場合は再度届出をしてください。	※受付者

※印のところは記入しないで下さい