

共有部分の生活援助単位算定届出書

(障害者自立支援法に基づく居宅介護の支給決定者との同居・18歳未満の子供とのみの同居)

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()		
18歳以下の家族			
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	
◆洗濯 ◆調理 ◆買い物 ◆掃除(風呂・トイレ) ◆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・サービス利用票(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