**〔　同居世帯における生活援助　〕が必要な理由書**

作成日　　　　　年　　　月　　　日

下記の状況から〔　同居世帯における生活援助　〕が必要とされるが、保険給付の

可否はいかがか。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | 被保険者氏名 |  |
| 性　　別 | | 男　・　女 | 生　年　月　日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者住所 | | 石巻市 | | |
| 要　介　護　度 | |  | 備　　　考 |  |
| 担当支援事業所 | | ＴＥＬ　（　　　）　　　　　　　　(担当介護支援専門員：　　　　　　　　　) | | |
| 訪問介護事業所 | |  | | |
| 身体状況等 | |  | | |
| 家族状況等 | |  | | |
| 生活援助の具体的内容 | | | | |
| 受　理　印 | 市回答欄　　　　　　　　　　　　　　　　：　保険給付担当　　㊞ | | | |
|  | 上記理由書に基づく保険給付については　承認　・　不承認　と致します。  理由：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　石巻市保健福祉部介護福祉課長 | | | |

* **サービス担当者会議の要点及びケアプランの写しを添付してください。**